Nr. 9. 1. marca 1931. Rok X.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

J. DADLEZ — W. KOSKOWSKI. Lwów.

O substancji czynnej otrzymanej z płuc.

Z fizjologji humoralnej.

Fizjologja humoralna zyskuje stale coraz to więcej faktów. Przybywają dowody doświadczalne na to, że wiele czynności i korelacyj w pracy narządów odbywa się nietylko dzięki bodźcom nerwowym i nerwowym aparatom regulującym, lecz również dzięki substancjom wytwarzanym w ustroju i na odległość działającym drogą krwionośną. Sprawa powstawania i działania hormonów czy chalonów wytwarzanych w specjalnych gruczołach o t. zw. wydzielaniu wewnętrznem, acz jeszcze bardzo zawiła, zdobywa jednak coraz więcej faktów dzięki badaniom chemicznym, farmakologicznym i obserwacjom klinicznym, które wyjaśniają mechanizm ich działania. Trudną i bardzo jeszcze skomplikowaną jest jednak kwestja powstawania, charakteru i działania hormonów t. zw. tkankowych.

Badanie wewnętrznego wydzielania narządów jest dzisiaj przedmiotem szerokiego zainteresowania fizjologów i terapeutów. Nabiera wielokrotnie sensacyjnego choć przedwczesnego rozgłosu. Z badań różnych okazuje się mianowicie, że można otrzymać ciała czynne ze skóry, z mózgu i tkanki nerwowej, z wątroby, śledziony i trzustki (oczywiście poza insuliną). Doświadczenia wskazują jednak, że wszystkie tego typu substancje nie wiele różnią się w swem działaniu farmakologicznem. Wobec tego, że mają duże podobieństwo z działaniem histaminy, nazwali je Niemcy krótko, „H-Substanzen". Istotnie jeśli badać różne narządy na zawartość histaminy to można się przekonać, że narządy dojrzałe posiadają niekiedy bardzo duże jej ilości. Faktem dzisiaj bezspornym jest, że histamina znajduje się w wyciągach z narządów i przy poszukiwaniu ciał czynnych istotnych musi być brana pod uwagę. Czy histamina znajdująca się w narządach odgrywa pewną rolę regulacyjną przedewszystkiem w związku z wpływem na stan naczyń krwionośnych, jest kwestją otwartą. Bez względu na jej znaczenie hormonalne utrudnia ona w znacznym stopniu poszukiwanie i ocenę działania czynnych ciał, właściwych w narządach.

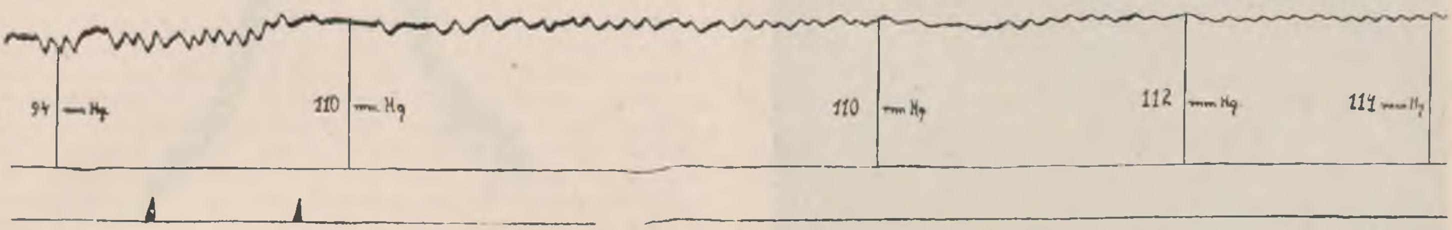
Zwróciliśmy celowo uwagę na znaczenie obecności histaminy w narządach z tego względu, że niejednokrotnie opisywane charakterystyczne właściwości działania ciał czynnych otrzymywanych z narządów, zależały w znacznej mierze od działania farmakodynamicznego histaminy. Następnie pragniemy podkreślić, że w poszukiwaniu istotnych właściwości dynamicznych płuc, któremi zajęliśmy się, musieliśmy się bardzo poważnie liczyć z obecnością histaminy, która, jak podają Feldberg i Schilf[1]) znajduje się tam w ilości 44 a nawet do 75 mg na kilogram wagi płuca u bydła dojrzałego. Płuca embrjonalne nie zawierają histaminy.

Badania nasze miały zatem na celu poszukiwanie substancji czynnej płuc, po usunięciu zawartej w nich histaminy. Chodziło o stwierdzenie czy tkanka płucna zwierząt dojrzałych posiada właściwości farmakodynamiczne, któreby pozwoliły zaliczyć płuca do narządów odgrywających pewną rolę w humoralnej fizjologji. Zadaniem zatem pierwszem było przedewszystkiem znalezienie zdecydowanych wskaźników farmakodynamicznych dla możliwie dobrze oczyszczonych preparatów, otrzymanych przez nas ze świeżej tkanki płucnej.

[1]) Feldberg u. Schilf: Histamin. J. Springer — Berlin. 1930 rok.

Preparat, który otrzymaliśmy z płuc był przygotowany w ten sposób, że drogą strącania substancyj białkowych, usunięcia ciał tłuszczowych i częściowo innych domieszek otrzymano ostatecznie jako produkt proszek biały, bardzo łatwo rozpuszczalny w wodzie. Zwrócono szczególną uwagę na dokładne usunięcie histaminy z preparatu przez wyciąganie alkoholem 98%-wym, na zimno, oraz dodatkowo przez użycie węgla aktywnego. Otrzymany preparat nie daje odczynów charakterystycznych dla białka. Po rozpuszczeniu w wodzie, na świeżo używany był do doświadczeń.

Doświadczenia nasze wykonane na świnkach morskich, kotach, królikach, i psach stwierdziły przedewszystkiem zupełną nietoksyczność preparatu. Na sercu izolowanem ciepłokrwistych nie zauważono wybitniejszych zmian. Nie stwierdzono również żadnego wpływu na poziom cukru we krwi u psa normalnego, w ciągu 6-ciu godzin badania.



Krzywa Nr. 1.

Krzywa przedstawia ciśnienie krwi u kota w narkozie podwyższone wskutek działania preparatu z płuc.

W doświadczeniach dalszych zdołano dotychczas ustalić trzy właściwości, które charakteryzują działanie preparatu otrzymanego z płuc. Jest to: 1) wpływ na ciśnienie krwi, 2) na macicę izolowaną dziewiczej świnki morskiej, i 3) na komórki melanoforowe żaby.

I. Wpływ na ciśnienie krwi.

Wyciągi wodne z płuc przygotowane zwykłym sposobem w roztworze fizjologicznym soli kuchennej, dają obniżenie ciśnienia krwi. Preparat otrzymany przez nas z płuc jeśli nie jest pozbawiony histaminy daje również obniżenie ciśnienia krwi. Jeżeli natomiast, usunąć histaminę, preparat płucny daje podwyższenie ciśnienia krwi, niezbyt silne, jednak trwające przez dłuższy okres czasu (Krzywa Nr. 1).

To podwyższenie ciśnienia krwi można zaobserwować u kotów w narkozie eterowej lub chloralozowej, a także w doświadczeniach na psach. Koty przedstawiają wyborowy materjał doświadczalny ze względu na ich dużą wrażliwość.

II. Wpływ na izolowaną macicę.

Preparat z płuc ma wybitny wpływ na macicę izolowaną dziewiczej świnki morskiej. Powoduje jej skurcz tężcowy, trwający kilka do kilkunastu nawet minut. (Krzywa Nr. 2).

Wielkość skurczu zależy oczywiście od stężenia ciała czynnego w działającym preparacie. Jeżeli użyć n. p. stężenia 2 do 3% można uzyskać skurcz, który odpowiada odczynowi wywołanemu przez histaminę w stężeniu około 1 : 100.000.

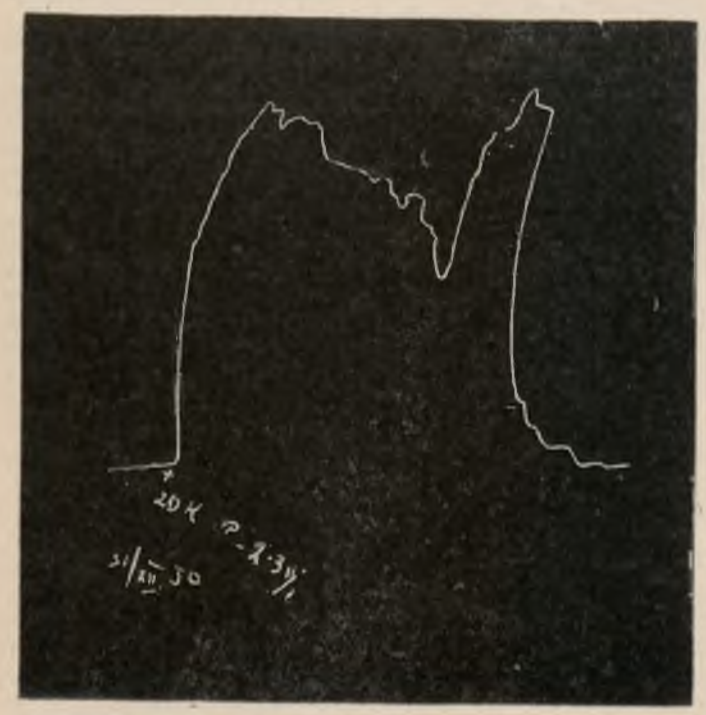
Że istotnie w płucach znajduje się ciało o pewnych własnościach farmakologicznych świadczą też doświadczenia, w których użyto czerwonych ciałek krwi jako pomocniczych elementów wchłaniających. Czerwone ciałka krwi wygłodzone i dokładnie przemyte nabierają po zmieszaniu z wyciągiem wodnym z płuc i po ich zhemolizowaniu własności podwyższania ciśnienia krwi i działania skurczowego na macicę (Gedroyć).

III. Wpływ na melanofory.

Wyciąg z płuc posiada wyraźny wpływ na zachowanie się komórek melanoforowych u żaby. Komórki barwikowe, znajdujemy u wielu gatunków zwierząt jak n. p. wstężnice, pijawki, głowonogi, skorupiaki, ryby, płazy i gady.

Są one elementem tkanki łącznej. U głowonogów dosięgają bardzo wielkich rozmiarów. Komórki te mogą wyciągać na odległość swe rozgałęzione wypustki lub też mogą się zbijać w małą ciemną masę przez ich skurcz, lub też przez to, że barwik opuszcza wypustki i gromadzi się w środku komórki. Te właśnie ruchy

wewnątrzplazmatyczne odbywają się głównie pod wpływem odruchowych bodźców nerwowych. Jeżeli żabie *(rana temporaria, r. esculenta* lub *r. fusca)* wstrzyknąć lub przepłókać całą albo jej kończynę płynem zawierającym pituitrynę, to żaba ciemnieje wskutek rozszerzenia się komórek barwikowych. Według niektórych badaczy działanie melanoforowe jest bardziej charakte-



Krzywa Nr. 2.
Krzywa Nr. 2. przedstawia działanie wyciągu z płuc na macicę izolowaną dziewiczej świnki morskiej.

rystyczne dla pituitryny aniżeli wpływ na macicę, ponieważ histamina, tyramina, ergotoksyna i inne ciała zupełnie nie wywierają na nie wpływu lub działają bardzo słabo. Krogh*) opisał nawet specjalną technikę perfuzji kończyn żaby dla oceny zawartości i ilości pituitryny w badanych płynach, opierając się jedy-



Ryc. Nr. 3. Żaba normalna.

nie na odczynie melanoforowym. Określa on tą metodą ilościową zawartość pituitryny we krwi konia i człowieka i to w różnych naczyniach krwionośnych oraz stwierdza przytem identyczność czynnika działającego na macicę i na melanofory.

*) The Jour. of Pharmacology and exp. Therapeutics T. XXIX. Nr. I. 1926, str. 177.

Z doświadczeń okazuje się, że preparat z płuc uzyskany przez nas posiada również wpływ wyraźny na zachowanie się melanoforów u żaby. Wstrzyknięcie do worka limfatycznego 0,25 do 0,5 ccm 5% roztworu wyciągu z płuc powoduje w przeciągu pół godziny czernienie skóry żaby, której preparat wstrzyknięto. Zczernienie utrzymuje się około 2-ch godzin.



Ryc. Nr. 4.
Ta sama żaba po wstrzyknięciu preparatu z płuc do worka limfatycznego.

* * *

Otrzymany preparat z płuc posiada więc wpływ na ciśnienie krwi, które podnosi niezbyt mocno, powoduje jednak długotrwały wzrost tego ciśnienia; wywiera działanie skurczowe na macicę izolowaną dziewiczej świnki morskiej i daje silny odczyn melanoforowy.

Trudno nam w obecnym stanie doświadczeń określić znaczenie fizjologiczne działania ciała czynnego płuc na różne procesy w ustroju zwierzęcym czy ludzkim. Preparat nasz zbyt jest jeszcze zanieczyszczony, by mówić można o jego odrębności biologicznej. Nasuwa się w każdym razie duże podobieństwo do działania wyciągów z tylnego płata przysadki. Efekty działania preparatu są jednakże około 40 razy słabsze od wzorcowej pituitryny, jeśli obliczać porównawczo ich działanie na macicę izolowaną dziewiczej świnki morskiej.

I pituitryna zresztą jest jeszcze jednostką bardzo zanieczyszczoną. Abel, który z tak niezwykłą kompetencją dąży do otrzymania krystalicznych preparatów organoterapeutycznych, stwierdza ostatnio, że nawet oczyszczona przez niego kupna pituitryna zawiera jeszcze ponad 50% domieszek substancjami podobnemi do albumoz mimo, że siła działania przekracza już wielokrotnie efekty, jakie daje wyciąg wzorcowy.

Dr. Stefan Łukasz KWIATKOWSKI. Lwów.
St. Asystent Kliniki.

Wyniki lecznicze w stosowaniu szczepionki „Dmelcos".

Z kliniki dermatologicznej U. J. K. we Lwowie.
Dyr.: Prof. Dr. Jan Lenartowicz.

Wydawaćby się mogło, że w leczeniu wrzodu miękkiego i jego powikłań zostało już wyrzeczone ostatnie słowo, że tego, czysto miejscowego schorzenia nie można leczyć inaczej, jak tylko miejscowo. Jednakże leczenie to niezawsze okazało się wystarczającem. Zdarzały się przypadki o przebiegu niezwykle uporczywym — że wspomnę tylko wrzód o charakterze pełzającym *(Ulc. serpiginosum)*, lub prowadzące do znacznych zniekształceń, wrzody żrące i zgorzelinowe *(Ulc. phagedenicum, gangraenosum)*. Z powikłań, operatywne leczenie dymienicy sprawiało choremu znaczne dolegliwości, czyniło go na długi nieraz

okres czasu niezdolnym do pracy, nie mówiąc o tem, że zostawiało „kompromitującą" bliznę, piętnującą chorego na całe jego życie.

Dlatego zaczęto szukać nowych dróg w leczeniu, dróg, któreby skróciły czas trwania schorzenia, doprowadziły możliwie szybko do wyleczenia bez zabiegu operacyjnego i zaoszczędziły choremu znacznych częstokroć cierpień. Z chwilą wprowadzenia do lecznictwa leczenia białkiem obcem (proteinoterapji) — zastosowano je i do wrzodu miękkiego oraz jego powikłań. Leczono mlekiem, aolanem, propidonem i t. p. W klinice lwowskiej stosowaliśmy od kilku lat wstrzykiwania 10% olejku terpentynowego z wynikiem wcale dobrym; nacinania gruczołów chłonnych należały przy tem leczeniu do nie tak częstych wydarzeń. Jednakże i to leczenie przecież nieraz zawodziło, a w korzystnych przypadkach postępowało bardzo powoli; potrzeba nieraz było 10—14 wstrzyknięć, t. j. 25—40 dni zanim gruczoły wróciły do stanu pierwotnego. Prócz tego zaś ten sposób leczenia na same wrzody nie miał najmniejszego wpływu.

Przekonanie, że wrzód miękki jest schorzeniem czysto miejscowem było zapewne przyczyną, iż nie próbowano drogi biologicznej leczenia. Dopiero badania Tetsuta Ito, przeprowadzone jeszcze w roku 1913 wykazały, że u chorych z wrzodem miękkim zachodzą zmiany dotyczące całego ustroju, zmiany biologiczne. Ito też pierwszy próbował leczenia szczepionką swoistą i uzyskał korzystne wyniki.

Metoda ta przebrzmiała jednak bez echa, a to z powodu dużej bolesności w miejscu wstrzyknięć (Ito stosował szczepionkę domięśniowo) oraz znacznych trudności jakie napotykało uzyskanie czystej hodowli pałeczki Ducrey'a; Reenstierna próbował przeto uodparniania biernego, lecząc chorych surowicą baranów, którym przez 6 tygodni wstrzykiwał dożylnie zawiesinę pałeczek Ducrey'a; wyniki otrzymał bardzo dobre. Jednakże i ta metoda nie utrzymała się z powodu trudności technicznych w otrzymywaniu surowicy. W latach 1921—1923 próbują w Niemczech Stümpke, zaś we Francji Nicolle i Durand znowu uodpornienia czynnego. Własna szczepionka Stümpkego była słabszą, zawierała w 1 cm³ 10 milj. drobnoustrojów, niemniej była wcale skuteczną. Szersze zastosowanie znalazła szczepionka Nicolle-Durand'a, bo jako wielowartościowa i gotowa nie wymagała osobnego przygotowania. Ta też szczepionka pod nazwą „Dmelcos" do dziś się utrzymała i zjednała sobie wszędzie, zwłaszcza w krajach romańskich, prawo obywatelstwa. W Polsce zajmowali się nią Mierzecki, Ostrowski, Wernic i Adamowicz, Kapuściński oraz Ryll-Nardzewski, ostatnio Podkomorski.

Naogół wszyscy stwierdzają bardzo korzystny wpływ. leczniczy szczepionki Nicolle Durand'a zwłaszcza w przypadkach dymienicy, wrzodów pełzających i żrących. Ciągle pojawiają się publikacje, opisujące wyleczenia takich chorych, u których wszelkie inne metody lecznicze poprzednio zawodziły. Wyniki bywają nieraz wprost zadziwiające. Nie brak jednak i głosów ostrzegawczych, zwłaszcza jeśli chodzi o wysokość dawek. Ostatnio Ostrowski i Ryll-Nardzewski zwrócili uwagę, aby nie zaczynać od dawki większej, jak 56 milj., t. j. od 1/4 I-ej dawki fabrycznej. Podano też szereg przeciwwskazań do dożylnego stosowania szczepionki. I tak Garriga i Laurent przytaczają jako przeciwwskazania wady serca, schorzenia nerek, wątroby i gruźlicę, Hudelo-Duhamel-Drouineau stan ogólnego osłabienia i dusznicę, Stümpke podeszły wiek, niedomogę nerek i wysoką gorączkę, Ostrowski zmiany w systemie naczyniowym, a zwłaszcza gruźlicę płuc i gruczołów.

Przeważnie stosują szczepionkę dożylnie, rzadziej domięśniowo (Rivalier, Santoriani, Hudelo-Garnier i i.), czasem doskórnie (Garriga, Levi). Wszyscy podnoszą, że stosowanie dożylne prowadzi najszybciej do celu, choć daje niejednokrotnie ciężkie odczyny ogólne. Jedynie u tych chorych, u których istnieją przeciwwskazania do dożylnego stosowania szczepionki poleca się podawanie doskórne, działające wprawdzie powoli, lecz niemniej pewnie (Garriga).

W związku ze znacznie wzmożoną w ostatnich latach ilością chorych na wrzód miękki miałem sposobność zastosować szczepionkę Nicolle Durand'a na większym materjale kliniki. Używałem szczepionki „Dmelcos", przygotowanej w kraju przez Zakłady Spiessa. Jest to fluoryzowana wielowartościowa zawiesina pałeczek łańcuszkowych Ducrey'a, zawierająca w 1 cm³ 225 mil. zabitych drobnoustrojów z dodatkiem fenolu. W jednem opakowaniu znajduje się 6 ampułek, z których poszczególne zawierają po: 225, 335, 450, 550 miljonów zarazków, a 2 ampułki po 675 miljonów.

Ogółem leczyłem 118 chorych, jednakże 12 przerwało leczenie wobec czego w obserwacji mojej pozostawało 106-ciu.

Materjał mój obejmował wrzody miękkie bez powikłań i z powikłaniami:

I. *wrzód miękki niepowikłany:*

1) o typie zwykłym, wyniosłym lub przymieszkowym — chorych	38
2) o typie zgorzelinowym — chorych	2
3) o typie pełzającym — chory	1
Razem: chorych	41

II. *wrzód miękki powikłany:*

1) dymienicą — chorych	37
2) stulejką zapalną — chorych	10
3) ostrem zapaleniem naczyń chłonnych grzbietu prącia z wytworzeniem t. zw. „bubonuli" — chorych	5
4) dymienicą i stulejką zapalną — chorych	13
Razem: chorych	65

Materjał mój dotyczy przeważnie ludzi młodych między 18 — a 30-tym rokiem życia, tylko 8-miu chorych było w wieku 30—40 lat, a 3 w wieku 40—45 lat.

Szczepionkę stosowałem stale dożylnie. W kilku przypadkach próbowałem początkowo stosowania domięśniowego, lecz wobec wyników całkiem ujemnych — sposobu tego wkrótce zaniechałem.

Już po pierwszych kilku wstrzyknięciach musiałem zaprzestać używania wysokich dawek i doszedłem do tego, że zaczynałem od 22—25 miljonów, poczem stopniowo dawki podwyższałem, jednakże bardzo powoli. Schemat mego leczenia przedstawia się następująco:

I-sza dawka nie przekraczała nigdy 22—25 milj., nawet u osób młodych i silnych.

II-ga dawka wynosiła 40—55 milj. zależnie od stopnia odczynu ogólnego po dawce pierwszej.

III-cia dawka wynosiła 75—100 miljonów.

IV-ta dawka wynosiła 100—150 miljonów.

V-ta dawka wynosiła 150—200 miljonów.

VI-ta dawka wynosiła 200—250, wyjątkowo 300 miljonów.

Odstęp między poszczególnemi wstrzyknięciami był rozmaity, uzależniałem go stale od odczynu ogólnego po ostatniem wstrzyknięciu, oraz od samopoczucia chorego; najmniejszy odstęp wynosił 3, najdłuższy 7 dni.

Leczenia miejscowego u wszystkich chorych zaniechałem, zaczynałem je stosować dopiero po 3 lub 4-tem wstrzyknięciu, skoro mogłem już wyciągnąć pewne wnioski co do skuteczności działania samej szczepionki; używałem wówczas przymoczek z siarczanu miedzi 2—6‰.

Wyniki lecznicze w poszczególnych grupach chorych przedstawiają się następująco:

I. *Wrzód miękki niepowikłany* o typie zwykłym, wyniosłym lub przymieszkowym *(Ulc. elevatum, folliculare)*. Na 38 chorych tej grupy uzyskałem

zupełne wyleczenie u 16-tu chorych,	t. j. w 42,1%
polepszenie u 12-tu chorych,	t. j. w 31.6%
bez zmiany u 10-ciu chorych,	t. j. w 26.3%

Zupełne wyleczenie uzyskiwałem przeciętnie po 2—5 wstrzyknięciach, co wynosiło 10—20 dni. Powstawały blizny zupełnie powierzchowne, gładkie, prawie niewidoczne. Czasem po pierwszem wstrzyknięciu wrzody nie ulegały żadnej korzystnej zmianie, przeciwnie: występowało zaostrzenie, większy obrzęk w okolicy owrzodzeń, obfitsza wydzielina i zwiększona bolesność. Dopiero po 2-giem wstrzyknięciu poprawa była widoczna. Mogę naogół stwierdzić, że jeśli po 3-ch wstrzyknięciach nie było poprawy — nie występowała ona i po dalszych dawkach.

Niewątpliwem jest, że o wpływie leczniczym szczepionki stanowi umiejscowienie wrzodów. Podkreślają to Ostrowski i Ryll-Nardzewski. Mogłem też z całą stanowczością stwierdzić, że do leczenia swoistą szczepionką nadają się szczególnie wrzody, umieszczone w cewce lub tuż koło jej ujścia. Takich przypadków leczyłem 9 i za wyjątkiem jednego wszystkie ustępowały bardzo szybko, po 3 najwyżej 4-ch wstrzyknięciach. U 3 chorych, u których istniał wrzód miękki w cewce, a równocześnie mnogie owrzodzenia blaszki wewn. napletka — obserwowałem fakt następujący: wrzody w cewce już po 2—4 wstrzyknięciach, tj. mniej więcej po 8—12 dniach ustąpiły zupełnie, zaś wrzody na napletku ustępowały bardzo powoli tak, że mimo dalszych 2—3 wstrzyknięć zmuszony byłem do podjęcia energicznego leczenia miejscowego (kw. karbolowym, siarczanem miedzi lub jodoformem). Fakt, że owrzodzenia w cewce, lub tuż przy ujściu jej położone, tak korzystnie oddziaływują na leczenie szczepionką, jest wysoce cennym dla chorego i lekarza. Wszak każdy z nas wie, ile trudności w leczeniu przysparzają wrzody miękkie z tem właśnie umiejscowieniem, ile bólu sprawiają choremu, jak długo trwają i że z czasem

prowadzić mogą do zniekształceń przez tworzenie się blizny, a nawet do zwężenia cewki. Leczenie więc szczepionką jest w tych przypadkach szczególnie polecenia godne.

Na 10 przypadków, w których leczenie szczepionką zupełnie zawiodło — w 3 umiejscowienie było przymieszkowe (z tego 2 przypadki u kobiet), zaś w innych chodziło o kraterowate owrzodzenia na brzegu napletka, lub w rowku wieńcowym. Charakterystycznem jest, że właśnie liczne, choć drobne wrzody miękkie, zachowują się najoporniej na leczenie szczepionką. Owrzodzenia większe — obojętnie, głębokie czy płytkie — jeśli pod wpływem szczepionki nie goją się całkowicie, to przynajmniej oczyszczają się i wykazują mniejszą skłonność do rozszerzania się. Natomiast zmiany drobne przeważnie na leczenie szczepionką nie oddziaływują. Zatem nietylko od umiejscowienia lecz i od wielkości owrzodzeń zależy wynik dożylnego leczenia swoistą szczepionką.

Nadmienić też muszę, że u wszystkich z pośród tych chorych, u których leczenie szczepionką pozostało bez skutku widziałem występowanie świeżych wykwitów, zupełnie tak, jak się to widzi w przypadkach zupełnie nieleczonych. Tak więc szczepionka nietylko nie miała tu najmniejszego wpływu na istniejące już zmiany, ale nawet nie zabezpieczyła chorych przed tworzeniem się nowych owrzodzeń.

W dwu przypadkach wrzodu miękkiego zgorzelinowego działanie szczepionki było zdumiewające. Już po pierwszych wstrzyknięciach przyszło do wyraźnego oddzielania się (demarkacji) mas zgorzelinowych, bóle prawie ustąpiły, a stany podgorączkowe, jakie mieli obaj chorzy przed leczeniem — ustąpiły zupełnie, oczywiście po przeminięciu odczynu ogólnego, o którym potem będzie mowa. U jednego z tych chorych owrzodzenie dotyczyło skóry mniej więcej w połowie prącia, u drugiego umiejscowione było na żołędzi i przechodziło poprzez rowek wieńcowy na blaszkę wewnętrzną napletka; u obu schorzenie trwało zaledwie po kilka dni, lecz pomimo tak krótkiego czasu zdołało znacznie chorych wycieńczyć dzięki gorączce oraz silnym bólom. Skoro w dwa dni po pierwszem wstrzyknięciu szczepionki (w zwykłej dawce, t. j. po 25 milj.) odczyn ogólny ustąpił — stan chorych uległ zupełnej zmianie na korzyść: gorączka — jak wspomniałem poprzednio — ustąpiła, ustały też zupełnie bóle, wrócił apetyt. Zwłaszcza u jednego z nich, u którego owrzodzenie usadowione było na skórze prącia i dochodziło wielkości 5 złotówki — poprostu z dnia na dzień widocznem było polepszenie. W miarę oddzielania się mas zgorzelinowych bujała z dna żywo czerwona, świeża, dobrze ukrwiona ziarnina, której zbyt żywe bujanie łagodzono okładami z roztworu ługu potasowego.

Po 6 wstrzyknięciach szczepionki, t. j. po 28—30 dniach leczenia chory ten opuścił klinikę z zupełnie powierzchowną, gładką blizną. U drugiego oddzielanie się mas nekrotycznych następowało wprawdzie szybko, jednakże ziarnina bujała niedość żywo, tak, że przecież pozostał pewien ubytek głębokości około 2 mm, lecz tylko w części owrzodzenia, usadowionej na żołędzi; partja, zajmująca część rowka wieńcowego i przechodząca na blaszkę wewn. napletka ustąpiła z pozostawieniem gładkiej, powierzchownej blizenki. Zaznaczyć należy, że u tego chorego zaraz na drugi dzień po pierwszem wstrzyknięciu szczepionki wystąpił wyraźny odczyn miejscowy w postaci znacznego obrzęku całego napletka, który tylko z trudem dawał się odprowadzać. Odczyn ten utrzymywał się przez 3 dni i ustąpił wkrótce po następnem wstrzyknięciu.

Co do wrzodów o charakterze pełzającym, to kilku autorów opisywało już niezwykle korzystne wyniki, jakie osiągnęli leczeniem swoistem owrzodzeń tego typu. I tak Ravaut-Célice-Vibert wyleczyli 6-ma wstrzyknięciami chorego, u którego owrzodzenie trwało 19 miesięcy. W przypadku Frei'a, w którym wrzód trwał 2 lata — nastąpiło wyleczenie po 22 wstrzyknięciach domięśniowych, t. j. po 2 miesiącach. Jeśli się zważy, że wrzód pełzający opiera się wszelkiemu leczeniu miejscowemu, że trwa miesiącami a nawet latami, że nieraz trzeba używać żegadła, aby uzyskać wyleczenie, a i ta radykalna metoda niezawsze prowadzi do celu, ponieważ pod strupem proces postępuje — trzeba przyznać, że wyniki uzyskane szczepionką przez powyżej wymienionych autorów są doskonałe.

Między leczonymi przezemnie chorymi znajduje się zaledwie jeden chory z tym typem owrzodzenia; chodziło o wojskowego 27-letniego, który w styczniu ub. r. zakaził się wrzodem miękkim i kiłą. Przeprowadzone energiczne leczenie swoiste usunęło zmiany kiłowe w krótkim czasie. Z powodu utrzymującej się uporczywie stulejki zapalnej wykonano w kwietniu zabieg operacyjny, mianowicie usunięto całkiem napletek, przyczem na dolnej powierzchni żołędzi zauważono owrzodzenie niezbyt głębokie, wielkości paznokcia. Już przy pierwszej zmianie opatrunku stwierdzono znaczne ropienie rany pooperacyjnej z silnem cuchnieniem. Wszelkie leczenie środkami bakterjobójczemi pozostało bez skutku, owrzodzenie stale się rozszerzało. Objąłem tego chorego w leczenie z początkiem maja r. ub. przyczem stwierdziłem, że owrzodzenie zajęło całą ranę pooperacyjną napletka, oraz całą dolną i w znacznej mierze obie boczne powierzchnie żołędzi. Nie miało ono charakteru żrącego, nie drążyło w głąb, lecz posuwało się na powierzchni kolistemi linjami, podminowując brzegi miejscami nawet na 5—8 mm. Chory cierpiał znaczne bóle, stan ogólny jego wskutek bezsenności poupadł. Już po pierwszem wstrzyknięciu szczepionki chory czuł się znacznie lepiej, bóle w znacznej mierze ustąpiły, a samo owrzodzenie zaczęło się oczyszczać. Po 2- i 3-ciem wstrzyknięciu polepszenie stawało się widocznem z dnia na dzień, owrzodzenie zmniejszyło się bardzo znacznie. W 27-ym dniu leczenia mógł chory ten zostać wypuszczonym z opieki lekarskiej; pozostało tylko owrzodzenie w górnym odcinku rany pooperacyjnej długości około 2 cm oraz 2 wysepki na dolnej powierzchni żołędzi oczyszczone już i z dnia na dzień pokrywające się świeżym przybłonkiem.

Już kilku autorów starało się ustalić, czy szczepionka może zapobiec tworzeniu się powikłań, głównie dymienicy. Ostatnio zajmował się tą sprawą Marcov, który stosował szczepionkę przygotowaną wedle Nicolau-Banciu z Bukaresztu — na materjale obejmującym 107 chorych. Według jego spostrzeżeń ilość dymienic w przypadkach nieleczonych szczepionką wynosi 37%, natomiast w przypadkach, w których podawał szczepionkę ilość dymienic sięgała zaledwie 8.5%, była zatem mniejsza o przeszło 3/4. Spostrzeżenia te mogę w całej rozciągłości potwierdzić na własnym materjale. Na 40 chorych z wrzodami miękkiemi niepowikłanemi zaledwie u jednego wystąpiła potem dymienica i to dopiero w 3 tygodnie po wyleczeniu wrzodu, który usadowiony był przy ujściu cewki. Pozostałych chorych miałem jeszcze w obserwacji najmniej przez przeciąg 3—6 tygodni po zaprzestaniu leczenia; u żadnego z nich nie wystąpiły powikłania ze strony gruczołów chłonnych. Fakt ten jest tem ciekawszy, że nie przyszło do dymienicy i u owych 10 chorych, u których szczepionka nie wywarła żadnego wpływu na same owrzodzenia. Materjał mój jest jeszcze zbyt mały, aby wyciągać jakieś daleko idące wnioski, ponadto nie można określić choćby w przybliżeniu procentowości występowania dymienicy. Ale i ten materjał w łączności z materjałem Marcova przemawia poniekąd za wpływem zapobiegawczym szczepionek. Częstość występowania dymienic określają różnie, jedni mówią o 10, inni o 40, inni wreszcie aż o 83%! Zresztą sami mieliśmy sposobność widzieć tygodnie całe, w których wszyscy chorzy przechodzili wrzód miękki bez powikłań, to znowu takie okresy, w których w większości przypadków wrzodu miękkiego rozwijała się dymienica. Ze spostrzeżeń moich jak wspomniałem można wysnuć wniosek, że przecież szczepionka swoista w dużej mierze zabezpiecza chorego przed powikłaniami bez względu na to, czy ma wpływ na same owrzodzenia, czy też nie. Ten szczegół poza znaczeniem klinicznem może też mieć i pewną wartość teoretyczną: może bowiem do pewnego stopnia dowodzić, że działanie szczepionki jest swoiste, że przecież wywołuje ona pewne — choć krótkotrwałe — uodpornienie przeciw pałeczkom Ducrey'a.

Większość mego materjału stanowili chorzy z wrzodem miękkim powikłanym. Gdy bowiem trudno było nieraz namówić do szczepionki (stale uświadamiałem chorych co do odczynu ogólnego, jaki występuje po wstrzyknięciu) ludzi, przeważnie ciężko fizycznie lub umysłowo pracujących, mających „tylko" owrzodzenia i to częstokroć niezbyt alarmujące, to znacznie chętniej godzili się oni na szczepionkę, skoro obrzęk gruczołów chłonnych sprawiał im znaczne dolegliwości, przyprawiał o bezsenność i niezdolność do zarobkowania, a nadewszystko zagrażał im zabiegiem operacyjnym.

W grupie tej leczyłem 50 chorych z dymienicą, z tego 13 ponadto ze stulejką zapalną. Otóż mogłem się tu przekonać, że w bardzo wielu przypadkach działanie szczepionki jest naprawdę wprost niezwykłe. Gruczoły, całkowicie już rozmiękłe — wydawało się, że lada godzina przyjdzie do samoistnego przebicia — po jednem jedynem wstrzyknięciu szczepionki i to w dawce niskiej, jakiej zwykle używałem na pierwsze wstrzyknięcie — już na drugi dzień zmieniały zasadniczo swój wygląd. Skóra nad niemi, poprzednio napięta, żywo czerwona stawała się sinawo brunatna, chełbotanie, a wraz z niem i gruczoły ulegały wyraźnemu zmniejszeniu i stwardnieniu, zaś bolesność prawie zupełnie ustępowała. W jednym przypadku zastrzyknięcie szczepionki uczyniło zupełnie zbytecznym zabieg operacyjny mimo, że chory przeznaczony do zabiegu leżał już na stole operacyjnym. W ciągu 24 godzin nacięcie gruczołu okazało się już niepotrzebnem, bo już pierwsze zastrzyknięcie szczepionki wywarło świetny, choć nieoczekiwany skutek.

Jeśli przytaczam ten przykład, czynię to dlatego, aby zaznaczyć, że niema tak daleko posuniętego zropienia gruczołów, któreby wykluczało bezwzględnie stosowanie szczepionki. W najdalej posuniętym przypadku można ją wstrzyknąć i spodziewać się, że nacinanie okaże się zbędnem. Jeśli zważymy, że zwykle w 3—4 dni po pierwszem wstrzyknięciu chory może już swobodnie poruszać się, że unikamy nietylko zabiegu operacyjnego, ale i bolesnych opatrunków, powolnego — jak się to nieraz zdarza — gojenia rany, możliwości wytworzenia się t. zw. owrzodziałych dymienic („schankröse Bubonen"), wreszcie unikamy blizny — wtedy zrozumiemy, jakiem dobrodziejstwem może być dla chorego szczepionka.

Zawodzi ona stosunkowo rzadko, co zresztą potwierdzają niemal wszyscy, którzy zajmowali się tym sposobem leczenia. Na moim materjale zdarzyło się to 11 razy, a więc w *22%*. Odsetek wyników pomyślnych zależy przedewszystkiem od czasu, jaki upłynął od zajęcia gruczołów chłonnych do zastosowania szczepionki. I tak na

12 chorych z zaczynającą się dymienicą uzyskałem wyleczenie we wszystkich przypadkach, t. j. w *100%*.

15 chorych z dymienicą dalej posuniętą, już z wyraźnem choć nieznacznem chełbotaniem — szczepionka zawiodła w 4 przypadkach, w 11, t. j. w *73.3%* uzyskałem wyleczenie bez nacinania.

22 chorych z dymienicą już daleko posuniętą, z bardzo wyraźnem chełbotaniem, z napiętą ścieńczałą skórą — 7 razy, t. j. w *31.8%* zmuszony byłem punktować lub nacinać gruczoły mimo leczenia szczepionką. W *68.2%* wynik leczenia szczepionką był pomyślny.

Jednakże muszę podkreślić, że i w tych przypadkach, które mimo szczepionki wymagały zabiegu operacyjnego — okres gojenia rany pooperacyjnej trwał znacznie krócej, niżli to naogół bywa. Na 11 nieudanych przypadków ani razu nie przyszło do wytworzenia się wrzodów miękkich w miejscu zropiałych i naciętych gruczołów („schankröse Bubonen").

Mimo, że leczenie szczepionką bywa często tak dalece korzystne, że doprowadza do wessania nawet rozmiękłe już gruczoły, to przecież nie jest ono w stanie ochronić chorego przed nawrotem dymienicy. Zjawisko to obserwowałem na materjale moim trzykrotnie. We wszystkich 3 przypadkach chodziło o nieco dalej posuniętą dymienicę z poczynającem się rozmiękaniem gruczołów: po 3—6 wstrzyknięciach sprawa uległa całkowitemu wessaniu, równocześnie i wrzody na członku zupełnie się zagoiły, ale w jakiś czas potem (w 12, 20 i 23 dni po ostatniem wstrzyknięciu) przyszło niespodziewanie do wytworzenia się typowej dymienicy, u dwu chorych po tej samej, u jednego po przeciwnej stronie. U dwu z nich przystąpiłem znowu do leczenia szczepionką, lecz tylko u jednego z korzystnym wynikiem; u drugiego musiałem przecież gruczoły nacinać, poczem nastąpiło szybkie wygojenie.

Sam proces cofania się dymienicy pod wpływem leczenia szczepionką przedstawia się naogół następująco: już po pierwszem, najdalej po drugiem wstrzyknięciu widoczna jest uderzająca poprawa. Gruczoły ulegają zmniejszeniu, stwardnieniu (o ile były rozmiękłe), stają się znacznie mniej lub prawie niebolesne nawet na dotyk, skóra nad niemi z żywo czerwonej staje się sinawo brunatna. Stopniowo gruczoły coraz bardziej się zmniejszają tak, że po 3—4 wstrzyknięciach dochodzą wielkości orzecha laskowego. W tym stanie pozostają potem przez dłuższy czas i tylko bardzo powoli ulegają dalszemu wsysaniu, lecz nie sprawiają choremu żadnych dolegliwości. Ponieważ obawiałem się nawrotów stosowałem dalsze wstrzyknięcia, tak, że chory otrzymywał ich w sumie 5—8-miu, co się równało 15—35 dniom leczenia.

W grupie chorych z dymienicą miałem w leczeniu 13 takich, u których ponadto istniała stulejka zapalna. Pozatem osobno obserwowałem 10 chorych z samą tylko stulejką zapalną, jako jedynem powikłaniem wrzodu miękkiego. Otóż na materjale tym, obejmującym łącznie 23 chorych miałem sposobność przekonać się, że leczenie swoistą szczepionką częstokroć tu zawodzi. Bowiem zaledwie w 5 przypadkach, t. j. w *21.4%* przyszło do cofnięcia się stulejki i zagojenia owrzodzeń bez uciekania się do leczenia miejscowego. W 8-miu, t. j. w *34.7%* było wprawdzie widoczne wyraźne polepszenie pod wpływem szczepionki, jednakże gojenie postępowało tak powoli, że musiałem przecież zastosować także leczenie miejscowe, poczem zmiany już szybko wygoiły się. U pozostałych 10 chorych leczenie szczepionką nie miało żadnego wpływu na stulejkę zapalną, przyczem nawet u 4 z pośród nich owrzodzenia, widoczne na brzegu napletka nie okazywały żadnych skłonności do gojenia. Ciekawym jest fakt, że korzystny wpływ szczepionki na dymienicę nie szedł w parze z ustępowaniem stulejki. Przekonałem się o tem lecząc — jak wspomniałem 13-tu chorych, u których obok stulejki istniała i dymienica. Otóż

u 6 z nich cofnęła się względnie uległa poprawie stulejka, przyczem i dymienica ustąpiła zupełnie,

u 1-go cofnęła się całkowicie stulejka, natomiast gruczoły wymagały nacięcia,

wreszcie u 6 pozostałych gruczoły uległy zupełnemu wessaniu, natomiast stulejka pozostała bez zmiany.

Tak więc mogę stwierdzić, że najkorzystniej wpływa szczepionka na dymienicę, zaś znacznie mniej dodatnio na same wrzody miękkie i stulejkę zapalną, jako ich powikłanie. Zdarza się także, że pod wpływem leczenia szczepionką, dymienica szybko ustępuje, zaś wrzody i stulejka pozostają bez zmiany, i wymagają zwykłego leczenia miejscowego.

Wreszcie pozostaje do omówienia ostatnia grupa chorych t. j. powikłania ze strony naczyń chłonnych prącia z wytworzeniem się t. zw. bubonuli. Powikłanie to zdarza się stosunkowo najrzadziej, przeto materjał mój w tej grupie obejmuje zaledwie 5 przypadków. U wszystkich osiągnąłem bardzo korzystne wyniki: już po pierwszem najdalej po drugiem wstrzyknięciu widoczne było znaczne polepszenie. „Bubonuli" i bolesność naczyń chłonnych cofały się szybko. Jednakże przez długi jeszcze czas naczynia chłonne dawały się wyczuwać jako twarde, choć niebolesne postronki. Do zupełnego ustąpienia tych zmian potrzeba było 20—25 dni, t. j. 6—7 wstrzyknięć szczepionki. W żadnym przypadku nie doszło do przebicia, ani do wytworzenia się t. zw. wrzodów N i s b e t'a.

Dok. nast.

WYKŁADY KLINICZNE.

Doc. dr. J. HURYNOWICZ i dr. L. ACHMATOWICZ. Wilno.

Chronaksja jako metoda rozpoznawcza — a chirurgja nerwów obwodowych.

Z Kliniki Neurologicznej Uniwersytetu Wileńskiego (Kierownik: prof. Stanisław W ł a d y c z k o) i Oddziału Chirurgicznego Szpitala Ś-go Jakóba.

Metoda chronaksji — w ścisłych liczbach ujmująca najsubtelniejsze zmiany pobudliwości żywej tkanki — jest obecnie ogólnie przyjętą w fizjologji i otwiera niezmiernie ciekawe horyzonty w oświetleniu i interpretacji istotnych właściwości żywego organizmu; daje możność poznawania z matematyczną dokładnością zjawisk — o których dotychczas mogliśmy sądzić jedynie na mocy subjektywnego określenia obserwowanych faktów.

Coraz częściej ukazujące się w literaturze wszechświatowej prace z zakresu chronaksji przynoszą potwierdzenie wartości i znaczenia tej metody. W obecnym bowiem stanie nauk przyrodniczo-biologicznych chronaksja jest jedyną miarą pobudliwości. Pozwala ona ustalić i stwierdzić bardzo ważne, dotychczas nieuchwytne, prawa kierujące fizjologją i patologją układu nerwowego; rzuca światło na niepoznane jeszcze czynności tego układu, ustala mechanizm wzajemnego stosunku rozmaitych części systemów — nerwowego, mięśniowego, wydzielniczego, w zależności od ich fizjologicznego napięcia i pobudliwości.

Badania pobudliwości układu nerwowego metodą chronaksji — doprowadziły twórcę tej metody — Lapicque'a do wniosku, że sprawność działania systemu nerwowego, prawidłowe powstawanie odruchów, wzajemne działanie neuronów i t. p. jest w ścisłej zawisłości od stosunku chronaksji, zależnych od siebie części tego układu, pozwoliły mu, między innemi ustalić zasadnicze prawo fizjologji — a mianowicie *prawo izochronizmu mięśnia i nerwu: nerw i unerwiany przezeń mięsień muszą mieć jednakową chronaksję, jest to nieodzowny warunek normalnej czynności nerwomięśniowego aparatu.*

O ile w ubiegłym stuleciu elektrofizjologja wykazała znaczny postęp w swych metodach i sposobach eksperymentowania, przechodząc od prostych i nieskomplikowanych przyrządów do aparatów wyszukanych — o wielkiej precyzji — o tyle elektrodiagnostyka kliniczna pozostała na pierwotnym stopniu swego rozwoju i przetrwała do naszych dni w takim stanie — jak ją dał Erb.

I jeżeli w fizjologji prawa Erba już oddawna podane w wątpliwość, zostały zmodyfikowane i oświetlone nowemi pojęciami i wysunięto inne prawa, kierujące mechanizmem pobudliwości mięśni i nerwów — to elektrodiagnostyka dotychczas jeszcze posługuje się staremi, niezawsze odpowiadającemi rzeczywistemu stanowi — sposobami, stwierdzającemi zmiany daleko już posuniętych procesów chorobowych.

Opierając się na ciekawych i pięknych wynikach badań Lapicquet'a, stwierdzonych eksperymentalnie przez Keith-Lucas, Bourguignon od 1911 roku pracuje nad stosowaniem chronaksji jako metody klinicznego określenia stanu pobudliwości mięśni i nerwów. Stwierdza on raz jeszcze prawo Lapicque'a o izochronizmie nerwu

i mięśnia, ustala wzory wielkości chronaksji dla wszystkich nerwów i mięśni osobników normalnych, we właściwem świetle stawia zjawiska — zachodzące w układzie nerwowo-mięśniowym w procesach zwyrodnienia i różnorodnych schorzeniach układu nerwowego.

Od czasów Erba, elektrodiagności szukają ścisłej zależności między stanami anatomicznemi nerwów i mięśni, a reakcją elektryczną. Stanowisko niesłuszne, gdyż skurcz i jego forma są właściwościami wyłącznie fizjologicznemi i, jak to wykazał Bourguignon, zmiany w nich mogą być spowodowane nietylko procesem anatomicznym w nerwie i mięśniu. Niektóre stany fizjologiczne bez jakichkolwiek bądź zmian organicznych jak np. ochłodzenie, zaburzenia naczyniowo-ruchowe, pewne nawet warunki doświadczalne, mogą dawać skurcz powolny, robaczkowy, jaki się spotyka w procesach zwyrodnienia, związanych ze zmianami w nerwie. Różnicą w tych wypadkach jest przemijanie powyższych objawów przy sprawach natury nieorganicznej i stałość zjawisk w wypadku odwrotnym. Z reakcyj więc elektrycznych należy wyciągać wnioski fizjologiczne, a obserwując jednocześnie objawy kliniczne, warunki w jakich zachodzą zmiany reakcyj elektrycznych możemy przejść od fizjologji patologicznej do anatomji patologicznej. Wielkość chronaksji tak ściśle związana z czynnością mięśni i nerwów — jak wykazały wyniki ścisłych badań i doświadczeń Lapicque'a, Bourguignon'a i ich szkoły, — jest bezwzględnem odzwierciedleniem stanu układu nerwo-mięśniowego.

Subtelne, prawie nieuchwytne zdawałoby się zmiany w nich zachodzące, wywołując odpowiedni oddźwięk w wielkości chronaksji i charakteryzując stan danego nerwu i mięśnia — mogą służyć za podstawę wczesnego rozpoznania procesów w nich zachodzących, pozwalają na wyciąganie odpowiednich prognostycznych wniosków. Dotychczasowe poglądy na zjawiska powstające w mięśniach i nerwie przy procesie degeneracyjnym, bez względu na przyczyny je wywołujące, są ujmowane z dwuch odmiennych punktów widzenia. Vernicke przypuszcza, że rozmiary zmian degeneracyjnych są zależne od mniejszej lub większej ilości porażonych włókien mięśniowych danego układu nerwo-mięśniowego, natomiast Erb — uważa, że w tych wypadkach proces chorobowy zajmuje cały mięsień — i tylko od stopnia nasilenia choroby zależą zjawiska, charakteryzujące odczyn zwyrodnienia. Bourguignon posługując się metodą chronaksji na szeregu systematycznie przeprowadzonych obserwacyj i badań doświadczalnych z przecinaniem i zszywaniem nerwów obwodowych, dał niezmiernie przejrzysty obraz i wyczerpujące wytłumaczenie zjawisk zachodzących w procesach degeneracyjnych i regeneracyjnych odnośnych mięśni i nerwów.

Śledząc przebieg procesów zwyrodnienia w jego początkowych okresach (Periode de debut), kiedy klinicznie właściwie niema jeszcze absolutnie żadnych objawów chorobowych — stwierdza, że jedynym zwiastunem zaczynającego się procesu, są zmiany w chronaksjach danego mięśnia i nerwu — idące w kierunku jej obniżenia (wzmożona pobudliwość, okres podrażnienia), lecz forma skurczu pozostaje bez zmiany. To studjum początkowe najczęściej jest nieuchwytne — gdyż w tych momentach chorzy nie podlegają obserwacji lekarskiej. I dopiero aż w drugim okresie *(constitution du syndrome)* kiedy stopniowo się rozwija całkowity obraz zmian degeneracyjnych — występują już i objawy kliniczne. Zjawiska występujące w tym czasie są bardzo skomplikowane tak w wielkości chronaksji — jak i w charakterze skurczu. Przedewszystkiem chronaksja nerwu uprzednio nieco zmniejszona trochę się zwiększa lecz stosunkowo nieznacznie — natomiast w chronaksjach mięśni zachodzą zmiany, — i co najważniejsze, nie mamy już wtedy charakterystycznego dla normalnego układu nerwo-mięśniowego — izochronizmu nerwu i mięśnia; przytem sam mięsień ma kilka chronaksyj w zależności od miejsca stosowania bodźca. Podrażnienie w punkcie ruchowym *(point moteur)* może dać małe chronaksje, bliskie liczbom normalnym, przyczem skurcz jest błyskawicznym, a zmieniając tylko napięcie prądu (reobazę) i pojemność (chronaksję) można natrafić na chronaksje znacznie zwiększone o skurczu powolnym. Przy t. zw. drażnieniu podłużnem *(excitation longitudinale)* otrzymujemy w tych okresach zwiększone chronaksje i skurcz mięśni powolny — robaczkowy.

W ogólnych zarysach ten drugi okres zmian degeneracyjnych charakteryzuje się wzrostem wielkości chronaksyjnych oraz zmianami formy skurczu, który przechodzi przez następujące fazy: początek skurczu szybki — i ledwo zaznaczone zwolnienie rozkurczu, następnie toniczny skurcz mięśnia w czasie trwania prądu *(galwanotonus Bourguignon'a)* zawsze jeszcze z błyskawicznym początkiem skurczu.

W okresach dalej posuwającego się procesu już występują zmiany na początku skurczu, a mianowicie skurcz powolny, robaczkowy łącznie lub bez skurczu galwanotonicznego, kiedy zaś ów skurcz trwa i po przerwaniu prądu, nazywamy go skurczem myotonicznym, jest to wyraz najdalej posuniętych zmian degeneracyjnych. W tym okresie rozwoju objawów zwyrodnienia zmiany wielkości chronaksji i forma skurczu nie idą równolegle, występują one wcześniej i dotyczą przedewszystkiem chronaksji, w mniejszym stopniu charakteru skurczu.

W okresie trzecim — ustalonych zjawisk *(période d'état)* mniej więcej w 2-im i 3-im miesiącu po przecięciu n. p. nerwu, chronaksja nerwu zwiększa się, jednak stosunkowo znacznie mniej, niż chronaksje danego mięśnia, które — osiągają swoje maksymalne wielkości. Skurcz jest powolnym, robaczkowym.

W okresie czwartym w 7-ym i 8-ym miesiącu — daje się zauważyć jak gdyby obniżenie chronaksji mięśni. Charakter skurczu nieco mniej powolny i wtedy albo po chwilowym, wyżej wymienionym zjawisku — występuje stopniowe zmniejszenie się wogóle ruchliwości mięśnia, aż do całkowitego zaniku jego pobudliwości, tak przez nerw, jak i z mięśnia, lub następuje (zależnie od patogenezy danego przypadku) zwrot w kierunku regeneracji.

Obserwujemy wtedy jak mówi Bourguignon — *„des phénomènes á peu près semblables, mais de marche inverse que pendant la dégénérescence"*.

Od całkowitego zniesienia pobudliwości nerwu i mięśnia, stopniowo przez duże chronaksje z wyżej wspomnianemi zmianami w charakterze skurczu, obserwujemy zwrot do izochronizmu nerwu i mięśnia, i rozmaicie zależnie od natężenia przyczyny chorobowej — powrót do normalnych wielkości chronaksji. Jednak wyrównania te nastają znacznie później, po kilku latach niezależnie od poprawy objawów klinicznych.

Przytem Bourguignon zwraca uwagę, że w przebiegu zjawisk regeneracyjnych są pewne cechy odmienne — im tylko właściwe — powolny, robaczkowy skurcz mięśni, przy stosowaniu podniety na sam nerw, — oraz mniejsze chronaksje przy drażnieniu podłużnem, aniżeli w punkcie ruchowym.

Charakter zjawisk regeneracyjnych obserwowanych po zeszyciu nerwów — według Bourguignon'a jest uzależnionym w dużej mierze od czasu, w którym został dokonany zabieg.

Neuroraphia wykonana wkrótce po uszkodzeniu nerwu, chociaż nie zapobiega całkowicie rozwojowi objawów zwyrodnienia to jednak powoduje, iż mają one przebieg znacznie krótszy i nie sięgają głęboko; zjawiska regeneracyjne występują w tych wypadkach znacznie wcześniej. Po zabiegach dokonywanych po upływie dłuższego czasu od chwili przerwania nerwu, jakkolwiek przebieg regeneracji ma ten sam okres co i w wypadkach poprzednich, to jednak zmiany degeneracyjne są zaznaczone daleko silniej i mniej jest danych na otrzymanie całkowitego wyrównania objawów zwyrodnienia.

Obserwując zmiany kliniczne, zachodzące w wyżej wspomnianych przypadkach i porównywując je ze zmianami występującemi w chronaksjach i formie skurczu danych mięśni, należy zaznaczyć, iż jak twierdzi Bourguignon — wbrew opinji Duchenne de Boulogne'a — pobudliwość nerwu, oraz zwrot chronaksji do wielkości normalnych występuje wcześniej (a możliwe że równocześnie), niż pierwsze dowolne ruchy w porażonych mięśniach.

Analizując zjawiska, zachodzące w mięśniu i nerwie w procesach zwyrodnienia — musimy przyjść do wniosku, że pogląd Vernicke'go — uzależniający stopień degeneracji od ilości porażonych włókien, nerwów i mięśni — w przeciwieństwie do Erba, który wiąże je z wielkością nasilenia procesu chorobowego, należy uważać za właściwy.

Zmiany chorobowe, zachodzące we włóknach nerwowych mogą wpływać na cały mięsień — wszystkie jego włókienka — lub porażać tylko pewną ich część. Całkowite porażenie wszystkich włókien nerwowych idących do poszczególnych włókienek mięśniowych spotyka się rzadko, wtedy mamy wogóle brak jakiejkolwiekbądź reakcji elektrycznej. Przeważnie zaś mamy do czynienia z częściowem porażeniem włókien nerwowych. Chronaksja więc nerwu *en masse*, jak już wspomnieliśmy, przechodzi zmiany stosunkowo nieznaczne, mięsień zaś mając zdrowe i chore włókna, traci swoją jednorodność *(homogenité)*, staje się różnorodnym *(hétérogène)*; ma włókna o skurczu szybkim i małej chronaksji — włókna zdrowe, i włókna o skurczu powolnym — dużej chronaksji.

Przeprowadzając badanie chronaksji danego nerwu i mięśnia ustanowionym przez Bourguignon'a sposobem — możemy zawsze określić natężenie procesu chorobowego według przewagi ilościowej bądź to porażonych — bądź pozostałych zdrowych włókien. Zastanawiając się nad znaczeniem powyżej omówionych metod i sposobów badania w zastosowaniu ich do kliniki, pomijając już doniosłość precyzyjnego obserwowania, stopniowo zachodzących zjawisk w tak skomplikowanym procesie fizjologiczno-patologicznym, jakim jest proces zwyrodnie-

nia, nie możemy nie wyciągnąć wypływających stąd niezmiernie ważnych wniosków praktycznych, a mianowicie: że zmiany chronaksji nerwu, a szczególniej mięśnia, występują w procesie zwyrodnienia znacznie wcześniej niż objawy kliniczne.

Daje to możność wczesnego rozróżnienia obecności procesu chorobowego, szukania jego przyczyny i tem skuteczniejszej z nim walki.

Znajomość przebiegu procesów regeneracyjnych, fakt wcześniejszych zmian ku lepszemu w chronaksji, niż w objawach klinicznych, daje możność obserwowania prawidłowego postępowania regeneracji włókien nerwowych po dokonanych zabiegach chirurgicznych, pozwala w razie nieprawidłowego przebiegu zastosowania we właściwej chwili nowej interwencji operacyjnej, — od której nieraz zależy zdolność do życia i pracy chorego.

Badanie chronaksji mięśni i nerwów po urazach, złamaniach, przerwaniach i t. d., w których występują porażenia nerwów obwodowych może nam dać zawsze wyraźne wskazówki dalszego postępowania gdyż zmiany chronaksji występują już wtedy, kiedy klinicznie nieraz nie mamy żadnych oznak procesu chorobowego, czy to w kierunku degeneracji, czy regeneracji.

Jak wielkie znaczenie pomocnicze w rozpoznaniu procesu chorobowego i ewentualnych wskazówek dalszego postępowania chirurgicznego, może dać badanie metodą chronaksji, ilustruje skądinąd sam przez się ciekawy przypadek, który mieliśmy możność obserwowania z p. dr. Achmatowiczem i który obecnie tu opisujemy.

13 lutego 1930 r. na oddział chirurgiczny szpitala Św. Jakóba została dostarczona chora Stanisława R., robotnica, która podała że przed dwoma dniami we fabryce, gdzie pracuje, uległa nieszczęśliwemu wypadkowi: trafiła pod pas transmisyjny, przyczem prawa ręka została zgruchotana.

Stan obecny: S. R., lat 21, panna, ze zdrowej rodziny, chorób zakaźnych nie przechodziła.

Ciepłota normalna, tętno 76, chora chodzi, ręka prawa zwisa bezwładnie ku dołowi, ze strony narządów wewnętrznych zmian nie stwierdzono. Na małżowinie usznej prawej, rana o brzegach tłuczonych 1 cm długa i 1/2 cm szeroka, poniżej grzebienia prawego talerza biodrowego na linji pachowej ubytek skóry wielkości dwuzłotówki, wokoło podbiegnięcie krwawe, prawa kończyna górna zwisa bezwładnie ku dołowi, jest obrzękła w znacznym stopniu. Ramię prawe jest zniekształcone, o 4 cm skrócone, na granicy trzeciej części dolnej i środkowej wykazuje patologiczną ruchomość, na powierzchni bocznej i przyśrodkowej rozległe podbiegnięcia krwawe, czynnych ruchów chora prawą ręką nie wykonywa, ruchy palców i w stawie nadgarstkowo-promieniowym tylko w kierunku zgięcia, — wyprostnych zaś wykonywać nie może. Wszystkie rodzaje czucia powierzchownego na przedramieniu i dłoni zachowane.

Zdjęcie rentgenowskie wykazuje złamanie kości ramieniowej na granicy trzeciej części dolnej i środkowej.

Chorej nałożono opatrunek z unieruchomieniem prawego ramienia.

15 lutego. Obrzęk kończyny szybko się zmniejsza, stan chorej dobry. Prawą kończynę górną podwieszono w pozycji pionowej.

25 lutego. Stan chorej dobry, obrzęk kończyny znika, ruchy palcami i w stawie nadgarstkowo-promieniowym tylko w kierunku zgięcia, wyprostnych chora nie wykonywa, czucie dotykowe na grzbiecie dłoni i przedramienia zachowane.

28 lutego. Powtórne zdjęcie promieniami Roentgena wykazuje — ustawienie odłamków ramienia bardzo dobre, konsolidacji niema, skrócenia niema.

15 marca rozpoczęła się konsolidacja, kończynę z wyciągu zdjęto i rozpoczęto masaż. Ruchy w stawie łokciowym nieco ograniczone. Zdjęcie rentgenowskie stwierdza ustawienie odłamków kostnych dobre.

16 marca 1930. Chora została przysłaną do ambulatoryjnego badania na klinikę Neurologiczną U. S. B. z rozpoznaniem: *fractura humeri dextra sanata-paresis n-i radialis dex.* Wtedy stwierdziliśmy: ograniczenie ruchów biernych i czynnych w stawie łokciowym, dłoń zwisającą, zniesienie ruchów wyprostnych w stawie nadgarstkowym i w palcach, ruchy ze ścięgna *m. tricipitis* i *supinatoris longis* (n-s radialis) zachowane, brak zmian czucia powierzchownego.

Badanie chronaksji metodą [1]) i aparatem Bourguignona (konstrukcji Waltera) dało:

N-us radialis stosowanie bodźca w zwykłym punkcie Erba, przy użyciu całego woltażu jakim rozporządzamy (200 v).
i oporze 6000 ohmów nie dało wyniku: nerw promieniowy niepobudliwy w tem miejscu (miejsce urazu).

m-us supinator longus d. (punkt ruchowy).
opór 11.000 ohmów.
Reobaza — 90 v. MA — 0,17. Pojemność chron. = Cτ 1 merf [2]). (Norma od 0,02—0,04 merf). Początek skurczu dosyć szybki — rozkurcz powolny z lekkim galwanotonusem.

m-us extensor digiti II (punkt ruchowy dolny).
Reobaza — 150 v. MA — 0,20. Cτ — 0,2 merf (normalnie 0,11—0,18 merf), skurcz powolny bez galwanotonusa.

m-us extensor carpi radialis (punkt ruchowy).
Reobaza — 115 v. MA — 0,18. Cτ — 0,38 merf (norm. 0,04—0,08 merf), skurcz powolny.

20 marca. Rozpoczęto stosowanie ruchów biernych w stawie łokciowym.

12 kwietnia. Ruchy bierne i czynne w stawie łokciowym ograniczone. W stawie nadgarstkowo-promieniowym bierne-wyprostne obecne, — czynne zaś zniesione.

13 kwietnia chora jest powtórnie badana na ambulatoryjnem przyjęciu w Klinice Neurologicznej U. S. B. Klinicznie — stan jej zdrowia w porównaniu z poprzedniemi badaniami zmian nie wykazuje.

Zaś badania metodą chronaksji — dały wyniki następujące:

N-us radialis d. — niepobudliwy jak poprzednio.
Opór — 6000 ohmów.

m-us supinator longus d. (p. r.).
Reobaza — 92 v. MA — 0.17. Cτ — 3 merf, początek skurczu wolny, skurcz z wyraźnym galwanotonusem.

m-us extensor dig. II d. (p. d.).
Reobaza — 145 v. MA — 0.20. Cτ — 0,25 merf. Skurcz powolny bez galwanotonusu.

m-us ext. carpi radialis d. (p. r.).
Reobaza — 110 v. MA — 0.17. Cτ — 0,5 merf. Skurcz powolny z galwanotonusem.

Wobec zwiększenia się chronaksji mięśni oraz zmian formy skurczu, wskazujących na pogorszenie się stanu nerwu promieniowego, celem ściślejszej obserwacji, chora zostaje przeniesioną do Kliniki Neurologicznej U. S. B.

Badanie w klinice w przeciągu dni następnych wykazały: brak jakichkolwiek zmian ze strony narządów wewnętrznych, moczu, kału, krwi. Ruchy kończyny prawej — bierne i czynne ograniczone w stawie łokciowym, ręka zwisająca, ruchy wyprostne dłoni i palców zniesione, odruchy ze ścięgien *m-i tricipitis* i *supinatoris longi* słabo zaznaczone.

Czucie powierzchowne: nieznaczne obniżenie w obrębie *nervi cutanei antibrachii dors. (nervus radialis)* koło stawu łokciowego i *n-i cut. brach. post. (nervus radialis)*, na dłoni w obrębie *nerv. rad.*

Badania chronaksji wykazały:

n-us radialis d. — niepobudliwy jak poprzednio.
Opór 6000 ohmów (przy 11.000 skurczu nie otrzymano).

m-us supinat long. d. (p. r.).
Reobaza — 95 v. MA — 0,18. Cτ — 5.0 merf. Skurcz powolny z galwanotonusem.

m-us Ext. digiti II d. (p. d.).
Reobaza — 155 v. MA — 0,22. Cτ — 0,3 merf. Skurcz powolny.

m-us extensor carpi radialis d. (p. r.).
Reobaza — 115 v. MA — 0,18. Cτ — 0 9 merf. Skurcz powolny.

Wobec stale zwiększających się chronaksyj mięśni unerwianych przez nerw promieniowy, zmian charakteru ich skurczu. oraz wystąpienia niektórych objawów klinicznych przedtem nieistniejących (lekkie zaburzenie czucia powierzchownego, osłabienie odruchów ścięgnistych) należało przypuszczać, że sprawa choro-

[1]) Technika i metodyka badania chronaksji: La Chronaxie chez l'Homme. Bourguignon. 1923.
Nerwy iteratywne w świetle badań metodą chronaksji. Dr. med. J. Hurynowicz. Wilno. 1929. Druk Latoura.

[2]) merf = microfarad.

bowa nietylko nie idzie ku poprawie, lecz ma wyraźną dążność ku pogorszeniu.

Zachodziło więc pytanie, czy mamy do czynienia z nieprawidłowo postępującem zrastaniem, uprzednio przerwanego nerwu promieniowego, czy też ze sprawą uciskową, działającą na nerw nieuszkodzony w chwili urazu, lecz obecnie ulegający jakiemuś procesowi z zewnątrz — wywołującemu pogorszenie.

Brak jakichkolwiekbądź objawów regeneracyjnych, któreby, mogły być wykazane metodą chronaksji, odwrotnie — stałe zwiększenie chronaksji porażonych mięśni, zmiana ich skurczu w kierunku degeneracyjnym, zjawienie się później objawów klinicznych stwierdzających posuwanie się procesu porażenia n-u promieniowego dało nam możność stwierdzenia, że mamy tu do czynienia z częściowem porażeniem n-u promieniowego prawego, prawdopodobnie wskutek uciśnienia w kostniaku.

Chora zostaje skierowaną z powrotem na Oddział chirurgiczny Szpitala Ś-go Jakóba z rozpoznaniem: *Paresis n-i radialis d.* (uciśnienie w kostniaku). Wskazany zabieg chirurgiczny: wyswobodzenie nerwu.

17 kwietnia została dokonana przez p. dr-a Achmatowicza operacja. Przebieg następujący:

Morfina 0.015, atropina 0,001, maska Ombredana. Cięcie skórne wzdłuż przebiegu nerwu promieniowego prawego, środek cięcia odpowiada miejscu byłego złamania czyli znajduje się na powierzchni boczno-przedniej dolnego odcinka ramienia prawego. Po rozcięciu powięzi ramienia nacięto głowę boczną mięśnia trójgłowego i odsłonięto nerw promieniowy. Preparując ten nerw ku dołowi stwierdzono, iż wchodzi on w miąższ kostniaka, biegnąc w nim całkowicie schowany na przestrzeni 6—7 cm, wobec czego kostniak został na przestrzeni 6—7 cm zdłutowany i nerw wyseparowany. Nerw promieniowy przebiegający przez kostniak leżał między odłamkami kostnemi na głębokości półtora cm od warstwy zewnętrznej kostniaka. Wyseparowany odcinek nerwu, dwukrotnie cieńszy od części nieuciśniętej — został ułożony w naciętym mięśniu ramiennym wewnętrznym. Szwy na mięśnie, powięź i skórę.

18. IV. Ma się wrażenie, że chora wykonuje minimalne ruchy wyprostne kciukiem, wskazicielem i środkowym. Stan ogólny chorej dobry.

24. IV. Szwy zdjęto, rana zagoiła się przez rychłozrost.

26. IV. Chora przeprowadza się na Klinikę Neurologiczną U. S. B. W Klinice zaczęto chorej stosować jonizację jodową na okolicę blizny pooperacyjnej, oraz zabiegi cieplne i masaż.

Badanie chronaksją dnia 30 kwietnia dało następujące wyniki:

n-us radialis d. pobudliwy przy oporze 6000 ohmów, skurcz — *caput. long. tricipitis.*
Reobaza — 180 v. MA — 0,28. Cτ — 0.15 mcrf (Norma: 0,04—0,08 mcrf), skurcz żywy.

m-us supinator longus d. (p. r.), opór 11.000 ohmów.
Reobaza — 97 v. MA — 0,18. Cτ — 5 mcrf, skurcz powolny z galwanotonusem.

m-us extens. digiti II d. (p. r.).
Reobaza — 150 v. MA — 0,20. Cτ — 0,35 mcrf, skurcz powolny.

m-us extensor carpi radialis d. (p. r.).
Reobaza — 118 v. MA — 0,18. Cτ — 0,9 mcrf, skurcz powolny.

Chronaksja mięśni, zmian w porównaniu z poprzedniemi — nie wykazuje, natomiast nerw wyswobodzony z ucisku kostnego, odpowiada na pobudzenie elektryczne i ma chronaksję zwiększoną (normalna Cτ — od 0,04—0,08 mcrf.).

W początkach maja stwierdziliśmy również znacznie wolniejsze ruchy czynne i bierne w stawie łokciowym, i zjawienie się nieznacznych ruchów w kierunku wyprostnym palców.

Ręka zwisająca — jak dawniej. Odruchy ze ścięgna *supinatoris longi* i *tricipitis* słabo zaznaczone, *hypaesthesia* jak poprzednio.

Badanie chronaksji dnia 14 maja dało wyniki następujące:

N-us radialis d. (skurcz *cap. long. m-i tricipitis d.*). Opór 11.000 ohmów.
Reobaza — 180 v. MA — 0,25. Cτ — 0,1 mcrf, skurcz żywy.

m-us supinator long. d. (p. r.). Opór 11.000 ohmów.
Reobaza — 98 v . MA — 0.17. Cτ — 5,0 mcrf, skurcz powolny, galwanotonus wyraźnie zaznaczony.

m-us extens. digiti II d. (p. r. d.).
Reobaza — 155 v. MA — 0,18. Cτ — 0,3 mcrf, skurcz powolny może nieco żywszy jak przy ostatniem badaniu.

m-us extens. carpi radialis d. (p. r.).
Reobaza — 120 v. MA — 0,16. Cτ — 0,9 mcrf, skurcz powolny.
Badanie z dnia 26 maja wykazało: opór 11.000 ohmów.

n-us radialis — pobudliwy — charakter skurczu mięśnia *(c. l. m-i tricipitis)*, żywy.
Reobaza — 182 v. MA — 0,22. Cτ — 0,10 mcrf.

m-us supinator longus d. (p. r.).
Reobaza — 90 v. MA — 0,15. Cτ — 4,5 mcrf, skurcz powolny bez galwanotonusa.

m-us extensor digiti II d. (p. r. d.).
Reobaza — 152 v. MA — 0,17. Cτ — 0,28 mcrf, skurcz powolny, lecz wyraźnie żywszy niż poprzednio.

m-us extens. carpi radialis d. (p. r.).
Reobaza — 125 v. MA — 0,16. Cτ — 0,75 mcrf, skurcz powolny, nieco żywszy niż poprzednio.

Klinicznie stwierdziliśmy stałe polepszenie stanu chorobowego. Ruchy czynne i bierne jak w stawie łokciowym tak w palcach stawały się coraz znaczniejsze — odruchy ze ścięgien *supinatoris longi* i *tricipitis* wyraźnie zaznaczone — objawy hypestezji ustąpiły.

Chora, wypisana z kliniki w maju, pozostawała pod naszą obserwacją aż do grudnia roku bieżącego. W tym okresie czasu ze zwykłemi przerwami — stosowała jonizację jodową.

Badanie chronaksji, w pewnych odstępach czasu, również przeprowadzano.

Badanie chronaksji dnia 7. VI. 1930: opór 11.000 ohmów.

n-us radialis d. pobudliwy skurcz mięśni *c. long. tricipitis* — żywy.
Reobaza — 170 v. MA — 0,25. Cτ — 0,10 mcrf.

m-us supinator long. d. (p. r.).
Reobaza — 110 v. MA — 0 15. Cτ — 4,5 mcrf, skurcz powolny, bez galwanotonusa — znacznie jednak żywszy.

m-us extens. digiti II d. (p. d. d.).
Reobaza — 150 v. MA — 0,17. Cτ — 0,28 mcrf, skurcz żywszy — o charakterze jednak powolnym.

m-us extens. carpi radialis d. (p. r.).
Reobaza — 128 v. MA — 0,17. Cτ — 0,74 mcrf, skurcz żywszy ale jeszcze powolny.

Klinicznie: zmian w czuciu i odruchach niema. Ruchliwość w stawach i palcach nie zwiększona.

Badanie chronaksji dnia 21. VI. 1930:

n-us radialis, pobudliwy, skurcz mięśni żywy.
Reobaza — 180 v. MA — 0,25. Cτ — 0,10 mcrf.

m-us supinator long. d. (p. r.).
Reobaza — 115 v. MA — 0,12. Cτ — 0 45 mcrf, skurcz jak poprzednio.

m-us extens. digiti II d. (p. r. d.).
Reobaza — 149 v. MA — 0,15. Cτ — 0,28 mcrf, skurcz jak poprzednio.

m-us extens. carpi radialis d. (p. r.).
Reobaza — 126 v. MA — 0,16. Cτ — 0,75 mcrf, skurcz jak poprzednio.

Klinicznie stan bez zmian większych. Wyraźnej poprawy niema. Chorej zalecono stosowanie jodjonizacji nadal.

Badanie chronaksji dnia 8. VII. 1930 wykazały mniej więcej wielkości ostatniego badania z dnia 21. VI. 30. Klinicznie zmian żadnych ku lepszemu również się nie stwierdza.

Badanie chronaksji dnia 11. IX. 1930. Opór 11.000 ohmów.

n-us radialis — pobudliwy skurcz mięśnia cap. long. tricipitis — żywy.
Reobaza — 180 v. MA — 0,22. Cτ — 0,08 mcrf.

m-us supinator long. d. (p. r.) .
Reobaza 118 v. MA — 0 15. Cτ — 0,43 mcrf, skurcz może nieco żywszy jak w lecie.

m-us extens. digiti II d. p. (p. n. d.).
Reobaza — 154 v. MA — 0,18. Cτ — 0,27 merf, skurcz wydaje się być żywszym.

m-us extens. carpi radialis d. (p. r.).
Reobaza — 128 v. MA — 0,15. Cτ — 0,75 merf, skurcz wydaje się być żywszym niż przy ostatniem badaniu w lecie.

Klinicznie jak gdyby możliwy ruch unoszenia się ku górze dłoni, oraz nieznaczne ruchy wyprostne palców. Blizna po jonizacji luźna. Ruchy w stawie łokciowym wolniejsze. Zaburzeń czucia i odruchów niema.

Badanie chronaksji dnia 24. X. 30.

n-us radialis d. pobudliwy — skurcz mięśni żywy.
Reobaza — 182 v. MA — 0,28. Cτ — 0,08 merf.

m-us supinator longus d. (p. r.).
Reobaza — 115 v. MA — 0,15. Cτ — 0,4 merf, skurcz żywy — na początku — lekkie zwolnienie rozkurczu.

m-us extens. digiti II d. (p. r. d.).
Reobaza — 158 v. MA — 0,17 Cτ — 0,25 merf, skurcz żywszy.

m-us extens. carpi radialis d. (p. r.).
Reobaza — 130 v. MA — 0,16. Cτ — 0,7 merf, skurcz powolny lecz żywszy.

W porównaniu z poprzedniemi chronaksjami — obserwujemy pewną tendencję do zniżki. Objawy kliniczne znacznie się polepszyły — chora przystąpiła do pracy i stwierdza, że funkcja porażonej dłoni jest prawie taka, jak przed wypadkiem, dłoń unosi się ku górze, ruchy wyprostne palców zjawiły się, ruchy w stawie łokciowym wolniejsze.

Badanie chronaksji dnia 17. XI. 30 oraz ostatnie z dnia 3. XII. 30 wykazuje mniej więcej wielkości chronaksji z dnia 24. X. 30. Klinicznie stwierdzamy, że chora ruchy w stawie łokciowym ma wolne, dłoń unosi ku górze, ruchy wyprostne palców są dobre, zaburzeń ze strony czucia powierzchownego, odruchów nie stwierdza się. Jednakże chronaksje dalekie są jeszcze od swych wielkości normalnych, wskazuje to wyraźnie, że całość włókienek n-u promieniowego uszkodzonych wskutek stopniowego ucisku kostniakiem jeszcze nie została wyrównana całkowicie.

Reasumując wyniki obserwacji wyżej podanego przypadku należy stwierdzić, że systematyczne badanie chronaksji wykazały nam stopniowo zachodzące zmiany w porażonym nerwie promieniowym i pozwoliły przypuszczać, że wywołuje je nie przerwanie nerwu w chwili urazu, lecz ucisk najprawdopodobniej konsolidujących się odłamków kostnych. Dało to nam normalne prawo wpłynięcia na chorą, by się zgodziła na zabieg operacyjny, który potwierdził słuszność naszych przypuszczeń, a w wyniku dał chorej znaczną poprawę i możność posługiwania się ongiś bezużyteczną kończyną.

Należy zaznaczyć przytem, że postępowanie chirurgiczne w danym wypadku polegało tylko na uwolnieniu uciśniętego nerwu z kostniaka z następczem pogrążeniem go do mięśnia. Powyższe postępowanie jak widzimy miało wynik zupełnie dobry.

Sprawa więc badania stanu chronaksji nerwów i mięśni przy wszelkich procesach chorobowych nerwów obwodowych, tam gdzie zachodzi kwestja interwencji chirurgicznej, lub śledzenia postępowania prawidłowej regeneracji nerwu po dokonanym zabiegu — wyłania się sama przez się, jako mogąca dać wyraźne wskazówki właściwego postępowania.

Dr. Karol DOBRZAŃSKI. Kraków.

Zarośnięcia szyjki macicy, niektóre ich przyczyny, następstwa i leczenie.

Z oddziału położniczego i chorób kobiecych szpitala św. Łazarza w Krakowie.
Prymarjusz: Doc. Dr. J. Zubrzycki.

W dużej grupie schorzeń narządów rodnych kobiety istnieją sprawy chorobowe, które pomimo, że przyczyny ich powstawania są nam dokładnie znane, zajmują nas przecież i to nietylko ze względu na swoją rzadkość występowania, lecz także i z powodu do dzisiaj jeszcze niezupełnie wyczerpująco opracowanych sposobów ich leczenia. Do takich spraw zaliczyć musimy między innemi zarośnięcia tak całkowite, jak i częściowe biernego odcinka macicy. Według obliczenia Rosthorna spotykamy się z niemi w 0.02—0.04% ogólnej liczby wszystkich schorzeń narządów rodnych kobiety. Jak więc z tego widać, jest to sprawa chorobowa należąca do stosunkowo rzadkich. Na dowód tego niech służy ponadto fakt, że Stenger w pracy swojej, do roku 1904 zebrał zaledwie 42 przypadków zarośnięcia szyjki, bądź też częściowego zarośnięcia jamy macicznej, oraz 10 przypadków zarośnięcia całej jamy macicy. Kazuistyczne przyczynki ogłaszało później cały szereg autorów: Girvin, Halban, Wolff, Cheval, Lau, Bass, Tudeer, Pemberton, Rizzacara — z polskich zaś: Slęk, Siedlecki, Grzankowski, Rosner, Monsiorski, Szenwic, Loebel i Hirszbajn.

Ogólnie rzecz biorąc, rozróżniamy dwa rodzaje zarośnięć wspomnianej części narządu rodnego kobiety, a mianowicie: wrodzone i nabyte.

Za zarośnięcia wrodzone uważać należy zarośnięcia powstałe jeszcze w życiu płodowem na skutek zaburzeń rozwojowych. Odnośnie do nich nadmieniam, że nie spotykamy się z niemi zbyt często, a zdaniem Breisky'ego i Zweifla częstokroć za takie bywają mylnie uważane zarośnięcia nabyte, a przeoczone w dzieciństwie, powstałe na tle przebytych chorób zakaźnych, jak: odra, ospa, dur, grypa itp. (Martin, Frank, Rheinstetter). Przed odnośną omyłką w tych razach chroni nas zebranie dokładnych wywiadów w tym kierunku oraz spostrzeżenie Veita, że zarośnięciom wrodzonym towarzyszą zazwyczaj, jako sprawy uboczne jeszcze i inne wady rozwojowe; nawiasem dodam, że nie jest to wcale regułą. Nie ulega jednak najmniejszej wątpliwości, że istnieją i wrodzone zarośnięcia szyjki macicy; dowodzą tego spostrzeżenia całego szeregu klinicystów, jak: Kussmaula, Flecka, Mengego, Stratza, Mainzera i innych.

Za zarośnięcia nabyte, w odróżnieniu od wrodzonych, uważamy zarośnięcia powstałe już w życiu pozapłodowem. Przyczyny ich mogą być rozmaite i tak, poza wspomnianemi już powyżej chorobami zakaźnemi ostremi (Nagel, Szenwic) i przewlekłemi np. gruźlica (Ludwig, Krämer, Schiffmann), powstać one mogą wskutek zadziałania ciał żrących, jak np. chlorku cynku, silnych kwasów lub zasad, używanych czy to w celach leczniczych, czy to zapobiegawczych (uchronienie przed zajściem w ciążę) lub nawet zbrodniczych (przerwanie ciąży). Z dalszych wymienić należy stosowaną dawniej atmokaustykę, a w najnowszych czasach rad (Vignes). Wreszcie różne rodzaje zabiegów chirurgicznych i położniczych także mogą stać się przyczyną całkowitego lub częściowego zarośnięcia dolnego odcinka macicy; do tych przedewszystkiem zaliczyć należy: wyłyżeczkowanie, nacięcie szyjki macicy, cięcie cesarskie pochwowe, oraz ciężkie zabiegi kleszczowe (Hisgen, Neugebauer, Loebel).

Do bardzo ciekawych należą przypadki zarośnięć powstałe w czasie ciąży; istnienie bowiem ciąży dowodzi niewątpliwie, że zarośnięcie nastąpić musiało dopiero po zapłodnieniu. Mayer-Ruegg sądzi, że w takich razach mamy prawdopodobnie do czynienia z procesem chorobowym, który jeszcze przed ciążą zwęził kanał szyjki i który następowo, już po zajściu w ciążę, doprowadził do zupełnego jego zarośnięcia.

Niedawno miałem sposobność spostrzegać dwa przypadki zarośnięcia szyjki macicy, a że są one z wielu względów niezmiernie ciekawe, pozwolę sobie podać poniżej krótki ich opis i w związku z tem zastanowić się nad niektóremi zagadnieniami klinicznemi, odnoszącemi się do sprawy zarośnięcia światła biernego odcinka macicy.

Przypadek L. I. L. hist. chor. 240/29. Chora S. F., lat 22, podaje w wywiadach: pierwszą miesiączkę miała w 16 r. życia, następne nieregularne, czasem z przerwami 3-miesięcznemi, trwające zwykle 2 dni, ostatniemi czasy bolesne. Ostatnia miesiączka we wrześniu 1928 r. Nie rodziła, nie roniła. W roku 1918 chorowała na czerwonkę. Obecnie skarży się na bóle w krzyżach i brzuchu w okresach miesięcznych.

Badaniem stwierdzono: kobieta wzrostu średniego, budowy prawidłowej, miernie odżywiona. W górnych płatach płuc zmiany gruźlicze; w jamie brzusznej wyczuwa się nieco na lewo od linji środkowej guz, sięgający na 3 palce powyżej spojenia łonowego. Narządy rodne zewnętrzne bez zmian, pochwa prawidłowa, w sklepieniu lewem wyczuwa się opór, sklepienie prawe węższe, wolne; część pochwowa stożkowata, ujście zewnętrzne okrągłe, małe. Macica uniesiona nieco ku górze, w przodopochyleniu, twarda, od lewego jej rogu odchodzi guz wielkości dużej pomarańczy, ruchomy wraz z macicą; przydatki po stronie prawej zgrubiałe. Zgłębnik nie przechodzi poza ujście wewnętrzne.

Opierając się na powyższym wyniku badania rozpoznano: zarośnięcie okolicy ujścia wewnętrznego, krwistek jajowodowy.

Wobec powyższego stanu przystąpiono do zabiegu, który wykonano w znieczuleniu lędźwiowem, od strony powłok brzusznych. Po otwarciu jamy otrzewnej, znaleziono macicę i przydatki w silnych zrostach. Przydatki lewe tworzyły guz silnie zrośnięty z jeli-

tami. Macicę wraz z przydatkami usunięto. Chora opuściła szpital całkowicie zdrowa, na dwunasty dzień po zabiegu.

Oglądany preparat przedstawia się następująco: macica na przekroju wykazuje małą, próżną jamę, ujście wewnętrzne i jego okolica zarośnięte; mięsień macicy przerosły, wśród mięśnia mniejsze lub większe jamki wypełnione serowatą wydzieliną. Jajowód prawostronny rozdęty, a lewostronny zamieniony w guz wielkości pomarańczy. W obu wydzielina ropiasto-krwawa. Jajniki zrosłe silnie z otoczeniem.

Badanie drobnowidowe wycinka z ściany macicy i ściany jajowodów dokonane w Zakładzie Anatomji Patologicznej U. J. wykazało tak w ścianie macicy, jak i jajowodu obecność typowych zmian dla gruźlicy.

Uwzględniając wszystkie dane kliniczne ,dotyczące omawianego przypadku musimy dojść do przekonania, że mieliśmy tutaj do czynienia z zarośnięciem światła okolicy ujścia wewnętrznego na skutek gruźliczych zmian chorobowych.

Przypadek L. II. L. hist. chor. 981/28. Chora D. D. lat 35, podaje w wywiadach co następuje: pierwszą miesiączkę miała w 14 roku życia, następne co cztery tygodnie, trwające 4—5 dni, średnio obfite, niebolesne; ostatnia miesiączka przed 7 laty. Nie roniła, rodziła raz na czasie, przed sześciu laty. W dwa tygodnie po porodzie wykonano u niej wyłyżeczkowanie, rzekomo z powodu dużych krwawień. Od tego czasu zupełny brak miesiączek. Obecnie żali się na bóle dołem brzucha, które początkowo, to znaczy mniej więcej w rok po porodzie, występowały okresowo co jakiś czas, obecnie jednak trwają prawie bez przerwy, ulegając czasem znacznym zaostrzeniom. Chorób zakaźnych nie przechodziła.

Badaniem stwierdzono: kobieta wzrostu średniego, budowy prawidłowej, odżywiona miernie, ciepłota ciała prawidłowa. W narządach klatki piersiowej nie znaleziono żadnych zmian chorobowych, podobnie, jak i w narządach jamy brzusznej, z wyjątkiem narządów rodnych, w których stwierdzono obraz następujący: narządy rodne zewnętrzne bez zmian, pochwa prawidłowa, część pochwowa drobna, walcowata, macica nieznacznie powiększona, w tyłozgięciu. W okolicy przydatków prawych stwierdzono obecność guza, wielkości jaja kurzego. W okolicy przydatków lewych guz wielkości pięści dorosłego mężczyzny, oba nieruchome, ściśle odgraniczone od otoczenia, kształtu podługowatego, bolesne, tkliwe. Szyjka macicy w dolnej swojej części drożna. Wprowadzony jednak zgłębnik natrafia na opór w górnej części, którego nie można pokonać nawet najcieńszym zgłębnikiem guziczkowatym. Opór ten rozpoczyna się mniej więcej w odległości jednego centymetra od ujścia zewnętrznego.

Opierając się na powyższym wyniku badania i na wywiadach, rozpoznano: zarośnięcie ujścia wewnętrznego, nieznaczny krwistek maciczny i obustronny krwistek jajowodowy.



Rysunek 1.

Wobec powyższego stanu rzeczy postanowiono przystąpić do zabiegu, który wykonano w znieczuleniu lędźwiowem, od strony powłok brzusznych. Po otwarciu jamy trzewnej stwierdzono w miednicy małej stan narządów rodnych taki sam, jaki określono przy badaniu ginekologicznem, wskutek czego usunięto macicę wraz z przydatkami, pozostawiając jednak jajnik lewy. Jamę brzuszną zaszyto na głucho. Chora zniosła zabieg zupełnie dobrze i opuściła oddział całkowicie wyleczona.

Po wyjęciu oglądany preparat przedstawia się jak następuje: macica nieznacznie powiększona, po obu jej stronach jajowody zamienione w wyżej opisane guzy. (Rysunek L. 1).

Na przekroju stwierdzić można było w macicy obecność niedużej ilości krwi mazistej, ciemno zabarwionej, wypełniającej szczelnie powiększone światło trzonu macicy. W okolicy ujścia wewnętrznego i w szyjce poniżej niego, zupełne zarośnięcie bliznowate na przestrzeni około $1^1/_2$ cm. (Rysunek L. 2). Dolna część biernego odcinka macicy drożna. W jajowodach zamienionych w guzy o wielkości opisanej, znajduje się tak samo ciemna, mazista krew.

Rozpatrując powyższy przypadek, dojść musimy do wniosku, że mieliśmy tu do czynienia z częściowem zarośnięciem kanału szyjki, w następstwie dokonanego w połogu wyłyżeczkowania. To pociągnęło za sobą wytworzenie się krwisteku macicznego i jajowodowego, jako wynik nagromadzenia się w ich świetle krwi miesiączkowej, która nie mogła wypłynąć na zewnątrz.

Pominąwszy wszystkie inne przyczyny powstawania zarośnięć szyjki macicy, chciałbym pokrótce zastanowić się tylko nad temi, z któremi w naszych przypadkach mieliśmy do czynienia. W pierwszym z nich — nie ulega najmniejszej wątpliwości, że zarośnięcie spowodowały procesy, pozostające w związku z głównem schorzeniem, to znaczy gruźlicą. W drugim jednak mechanizm powstawania omawianego powikłania jest zawilszy i dlatego nad nim zastanowię się nieco dłużej.



Rysunek 2.

Jak z opisu przypadku wynika, zarośnięcie światła szyjki spowodowało wyłyżeczkowanie wnętrza jamy macicy dokonane w połogu. W odniesieniu do wyłyżeczkowania ogólnie nadmienić należy, że jest to zabieg, który dokonany wśród pewnych sprzyjających okoliczności i warunków, doprowadzić może i doprowadza też do zarośnięć biernego odcinka macicy. Szczególnie łatwo dochodzi to do skutku przy wyłyżeczkowaniu dokonanem po porodzie, w połogu i po poronieniu. Przyczyny tego dopatrywać się należy w zbyt energicznem wykonywaniu samego rękoczynu z jednej strony, z drugiej zaś, w warunkach sprzyjających, jakie wytwarza ciąża, a jeszcze w większym stopniu połóg. Mam tu na myśli rozpulchnienie i rozmiękczenie ściany macicy, z jakiemi w tych okresach czynności fizjologicznych stale u kobiety się spotykamy. Wskutek tych dwóch czynników możemy podczas wyłyżeczkowania usunąć z łatwością nietylko powierzchowne warstwy jamy macicy, a więc śluzówkę, ale także i warstwy głębsze, wraz z umiejscowionym w nich dnem gruczołów, które jak wiemy z fizjologji, stanowią punkt wyjścia następowej odnowy błony śluzowej macicy. Z chwilą więc tą, gdy na większej lub mniejszej przestrzeni wyłyżeczkujemy okrężnie wnętrze macicy tak doszczętnie, że zniszczymy wszystkie w niej zawarte gruczoły, to zamiast, aby w tem miejscu wytworzyła się z powrotem błona śluzowa, nowo powstająca tkanka łączna wypełni światło macicy, powodując jego zarośnięcie. Rozległość tegoż zależną będzie od wielkości zniszczonej powierzchni wewnętrznej warstwy ściany macicy. Szczególnie narażoną na zarośnięcie jest okolica ujścia wewnętrznego. Odnowa nabłonka odbywa się wprawdzie i tu — jak i w innych częściach macicy — w tych samych warunkach, lecz z powodu wąskości światła kanału przeciwległe ściany macicy mogą zbliżyć się do siebie łatwiej i przedtem, zanim pokryją się nabłonkiem i wtedy to powierzchnie ziarninowe zetknąwszy się ze sobą, powodują następowe zarośnięcie światła. Może to mieć miejsce w tych razach, gdy w czasie zabiegu zniszczymy śluzówkę wraz z gruczołami na tak znacznej przestrzeni, że nie zdąży ona narosnąć od brzegów przed zetknięciem się ze sobą samą tylko ziarniną pokrytych ścian. Takie zaś zniszczenie śluzówki na znacznej przestrzeni wraz z gruczołami wydarzyć się może stosunkowo łatwo w czasie wyłyżeczkowania miękkiej ściany macicy połogowej, bo wtedy — pamiętać o tem należy— drążymy tu w nierównie głębsze warstwy, niż przy wyłyżeczkowaniu macicy prawidłowej. Wobec tego, że w zasadzie wyłyżeczkowanie przeprowadza się dokładnie, aż do stwierdzenia słuchowo tonu mięśniowego macicy, dziwić się należy, że zarośnięcia światła macicy po wyłyżeczkowaniach dokonanych w ciąży, połogu lub po poronieniu, nie wydarzają się częściej. To, że z po-

wikłaniem tem spotykamy się w samej jamie macicy stosunkowo bardzo rzadko, to jest jeszcze wytłumaczalne tem, że napięcie mięśnia macicznego przeszkadza zbliżeniu się przeciwległych ścian macicy do siebie; Inaczej jednak — jak to co dopiero wyżej wspomniałem — przedstawia się sprawa w okolicy ujścia wewnętrznego i wogóle w kanale szyjki. Tu światło jest tak nieznaczne, że stosunkowo łatwo przyjść może do przedwczesnego zbliżenia się do siebie rannych powierzchni. A jeżeli pomimo to zarośnięcia i tej części kanału rodnego na skutek wyłyżeczkowania nie należą do zjawisk codziennych, to przypisać to musimy bezwarunkowo między innemi, istniejącym szczególnie dobrym warunkom dla szybkiej odnowy śluzówki w macicy.

Wogóle zaś pamiętać powinniśmy o tem, że jeżeli zarasta światło szyjki macicy po jej wyłyżeczkowaniu, to pozostaje to w ścisłym związku z wadliwą techniką wykonywania samego zabiegu. Wynikiem jej jest zniszczenie całkowite śluzówki wraz z gruczołami na znacznej przestrzeni działaniem ostrej łyżeczki, która szczególnie w rękach niewprawnego operatora, raniąc ze wzmożoną siłą i nieuzasadnioną częstotliwością okolicę ujścia wewnętrznego, pozbawia ją warstw nietylko powierzchownych, ale i głębokich, powodując następowo powstawanie omawianego powikłania. Szczególnie łatwo wydarza się to — podkreślam jeszcze raz — w wypadkach wyłyżeczkowania macic ciężarnych, a zwłaszcza połogowych. Z tych też przyczyn słusznie różni autorowie, między innemi Halban i Girvin podnoszą, że ze względu na możliwość późniejszych zarośnięć nie należy łyżeczkować zbyt silnie, a przedewszystkiem ochraniać, o ile możności ujście wewnętrzne. Technicznie da się to uskutecznić w ten sposób, że przy wyciąganiu łyżeczki ku zewnątrz należy przy przechodzeniu ujścia wewnętrznego unikać nacisku łyżeczką na ścianę szyjki, a wogóle łyżeczkować ostrożnie i łagodnie, a nie forsownie i brutalnie. Szczególnie należy zasad tych przestrzegać w wypadkach niedostatecznie rozwartej szyjki macicy w stosunku do średnicy użytej łyżeczki.

Jako drugą z przyczyn powodujących zarośnięcie ujścia wewnętrznego, a stojących w związku z techniką zabiegu wyłyżeczkowania, wymieniają niektórzy tamponowanie, względnie sączkowanie jamy macicy. Zaznaczyć należy, że odnośnie do tej sprawy są zdania podzielone. Jedni bowiem twierdzą, że tamponowanie, względnie sączkowanie sprzyja — inni, że przeszkadza — zarośnięciu. Wszyscy jednak godzą się na to, że w każdym razie zalecanego z innych przyczyn sączkowania jamy macicy lub kanału szyjki gazą napojoną jodyną, należy bezwarunkowo unikać.

Rozpoznanie zarośnięcia szyjki macicy może natrafić czasem na znaczne trudności i skutkiem tego nie są wykluczone omyłki rozpoznawcze z zanikiem błony śluzowej trzonu, brakiem miesiączki na tle zaburzeń w przemianie materji lub upośledzeniem czynności jajników. Wydarzyć się to może szczególnie łatwo, jeżeli choroba trwa stosunkowo niedługo i badanie ginekologiczne nie daje nam w tym kierunku wytycznych wskazówek. Rozpoznanie — poza oburęcznem badaniem ginekologicznem — ułatwiają w wysokim stopniu: dokładnie przeprowadzone wywiady, stwierdzenie niedrożności szyjki dla zgłębnika, a wreszcie nowoczesne metody badania jak przedmuchiwanie, lub nawet zdjęcie roentgenologiczne po wypełnieniu jamy macicy i jajowodów płynem kontrastowym. Na te dwa ostatnio wymienione sposoby badania szczególniejszą zwracam uwagę, a to dlatego, bo wydarzyć się może, że zgłębnika nie będziemy mogli wprowadzić do wnętrza macicy, a jednak drożność szyjki i tak będzie utrzymaną; może to mieć miejsce w przypadkach krętego przebiegu kanału szyjki lub bardzo drobnej jego średnicy.

W większości przypadków, z objawów, które kierują chorą do lekarza wymienić należy oprócz braku miesiączki, także i bóle zjawiające się w okresie miesiączkowym. Mają one charakter kolki i nasilenie ich jest względne. Zdarzają się nawet przypadki, w których bóle są tak gwałtowne, że powodują głębokie omdlenia chorej i na odwrót spotyka się chore, które podają, że jedynym objawem, kierującym ich do lekarza jest tylko brak miesiączki.

W związku z omawianą sprawą całkowitego zarośnięcia światła macicy w okolicy ujścia wewnętrznego, pozwolę sobie z kolei rzeczy na kilka uwag, odnoszących się do zjawiska, będącego bezpośrednim następstwem zarośnięcia światła biernego odcinka macicy. Jest nim gromadzenie się krwi miesiączkowej w świetle macicy, zamieniające ją na mniejszy lub większy kulisty guz, o ścianach początkowo zgrubiałych, później zcieńczałych i mięśniu zanikłym, jak również gromadzenie się krwi miesiączkowej w jajowodach. Tworzy się więc jednem słowem krwistek maciczny i krwistek jajowodowy, których następstwa mogą stać się groźne dla chorej. Krew miesiączkowa może bowiem przebić się do pochwy, do jamy brzusznej, lub sąsiednich narządów .Przebicie takie ze względu na rokowanie jest zjawiskiem wysoce niepomyślnem, nawet bowiem przebicie do pochwy skutkiem powolnego odpływu treści wytwarza warunki dogodne dla powstania zakażenia. Najczęściej takie przebicia samoistne występują do pochwy (Kermauner, Menge), rzadziej do przymacicza (Schuh, Bessel-Hagen), jeszcze rzadziej do odbytnicy (Sauer), lub pęcherza moczowego (Rosner).

Jeśli zarośnięcie powstanie u kobiet nie miesiączkujących — przyjść może do wytworzenia się i nagromadzenia w jamie macicy płynu surowiczego (Hydrometra), a jeszcze częściej ropy (Pyometra); do przypadków rzadkich należy nadmierne nagromadzenie się śluzu w jamie macicy (Mukometra), a do bardzo rzadkich należą przypadki gnilnego rozkładu treści z wytworzeniem gazów (Physometra).

Przystępując do omówienia krwisteków, muszę na wstępie zaznaczyć, że jakkolwiek krwistek trzonu macicy może przebiegać bez krwisteku jajowodów, to nie ulega najmniejszej wątpliwości, że rzecz może się też mieć i odwrotnie — a jest to zdaje się częstsze — i mamy krwistek jajowodów bez równoczesnego krwisteku trzonu macicy.

Co do częstości wytwarzania się kwisteków we wspomnianej sprawie chorobowej, to nadmienić należy, że zdania są podzielone. Jedni autorowie utrzymują, że krwistek macicy, względnie jajowodów wytwarza się rzadko i spotykamy się z nim w nader nielicznych tylko przypadkach; tak np. Bass podaje, że na 20 przez niego spostrzeganych przypadków zarośnięcia szyjki nie spotkał się ani w jednym przypadku z krwistekiem, Monsiorski zaś przytacza na 6 przez siebie spostrzeganych przypadków, 4 przypadki bez wytworzenia się krwisteku. Większość jednak autorów (Thomas, Landau, Rheinstein, Stasański) jest zdania, że krwistek jest bardzo częstem następstwem zarośnięcia szyjki macicy. Nasz przypadek drugi stanowi przyczynek do słuszności zapatrywań ostatnio wspomnianych autorów. Niemniej jednak nie da się zaprzeczyć i temu, że w pewnej — i to niemałej liczbie przypadków, zwłaszcza w początkowych okresach po zarośnięciu nie znajdziemy krwi tak w jamie trzonu, jak i w świetle jajowodu. Wobec tego nasuwa się pytanie, w jaki sposób zjawisko to wytłumaczyć i jaki był w tych razach mechanizm usunięcia wylanej ponad wszelką wątpliwość krwi z wnętrza macicy i jajowodów. Istnieje kilka teoryj, tłumaczących tą sprawę. Najprawdopodobniejszem wydaje mi się tłumaczenie oparte na mechanicznem działaniu mięśnia macicznego, który kurcząc się wypycha krew do jajowodów, skąd dopiero wskutek działania wstecznego ruchu robaczkowego ściany jajowodów dostaje się ona do jamy trzewnej, gdzie ulega wessaniu (Engström, Saenger, Kehrer, Zubrzycki). Nie można jednak także odmówić pewnej roli w powstawaniu omawianej sprawy i wessalności samej śluzówki macicy oraz jajowodów (Leopold). Za tem przemawiają także badania Freunda i Schuberta. Drugi nasz przypadek jest mniej typowy. Brak w nim krwisteku macicznego, jak i również krwisteku jajowodowego. Nie możemy z niego wysnuwać żadnych dalej idących wniosków, dotyczących omawianej sprawy, a to ze względu na to, że podstawowe schorzenie (gruźlica) spowodowały bardzo daleko idące zmiany anatomiczne.

Każdy rodzaj krwisteku bez względu na swoje umiejscowienie jest powikłaniem, mogącem być w swoich skutkach groźnem dla chorej. Najgroźniejszym jednak jest bezsprzecznie krwistek jajowodowy. Kliniczne doświadczenie poucza, że prowadzić on może do różnych postaci zapalenia otrzewnej, a nawet do zejścia śmiertelnego. Przypadków zakończonych zejściem śmiertelnem zebrał Neugebauer 23. Wszystkie wystąpiły na skutek zapalenia otrzewnej powstałego po usunięciu zarośnięcia dolnych części dróg rodnych, jako wynik zakażenia jałowej treści krwisteku (Fleck, Stratz) w następstwie „wstępowania zarazków".

Krwistek jajowodowy jest zwykle obustronny i spotykamy się z nim w zarośnięciach tak górnych, jak i dolnych odcinków dróg rodnych. Zapatrywania na mechanizm jego powstawania nie są jednolite. Jedni bowiem (Veit, Zubrzycki, Krieger, Boivin, Bermutz i inni) przyjmują, że nagromadzona w macicy krew miesiączkowa zostaje następowo wyciśnięta wskutek jej skurczów do jajowodów. Możliwość tego wykazali doświadczalnie Olshausen i Treub. Za zapatrywaniem tem przemawiają także zupełnie nowoczesne badania, które nasuwającą się wątpliwość, czy płyn z jamy macicy do wnętrza jajowodów przedostać się może rozstrzygnęły już na całym szeregu doświadczeń .Mam tu na myśli przedewszystkiem badania Rubina i wogóle w związku ze sprawą drożności jajowodów związane prace całego szeregu klinicystów, z których wynika, że już pod ciśnieniem 40 milimetrów rtęci płyn z wnętrza macicy do światła jajowodów przedostać się może (Zubrzycki). Drudzy zaś twierdzą, że błona śluzowa jajowodów posiada zdolności miesiączkowania i że na skutek tego przychodzi w zajmujących nas przypadkach do nagromadzenia się krwi w jajowodzie. Twierdzenie to opierają z jednej strony na badaniach Moltzera, Wendelera i Jägerroosa, które wykazały, że

w pewnym odsetku przypadków nawet w warunkach fizjologicznych najbliżej macicy położona część jajowodów, bierze udział w miesiączkowaniu, z drugiej strony na spostrzeżeniach klinicznych przetok jajowodowo-pochwowych, z których w okresach miesiączkowania występowały krwawienia (Hofmeister, Herff, Thomson, Haeckel, Thorn).

Z kolei przystępuję do omówienia leczenia zarośnięć szyjki macicy, przyczem na wstępie zaznaczyć muszę, że o ile leczenie zarośnięcia samego tylko ujścia zewnętrznego szyjki macicy nie przedstawia żadnych znaczniejszych trudności natury technicznej, to przywrócenie drożności kanałowi szyjki jest pod tym względem znacznie trudniejszem; temu też przypisać należy, że celowe leczenie zarośnięć szyjki jest do dziś właściwie nieustalone. Gdyby chodziło tu tylko o stworzenie połączenia pomiędzy światłem macicy a pochwą, to możnaby operować z dobrym skutkiem przez przednie sklepienie pochwy i ograniczyć się do wytworzenia przetoki Hofmeiera. Zadaniem jednak naszem jest stworzenie światła w szyjce macicy, a tem samem stworzenie odpływu dla krwi miesiączkowej, względnie stworzenie warunków do zajścia w ciążę, donoszenia jej i porodu, a to już wymaga więcej zachodu. Poza tem dołącza się tu jeszcze sprawa krwisteku jajowodowego, który jest bezwątpienia najgroźniejszem powikłaniem zarośnięcia. Pozostawienie bowiem — po otwarciu zarośnięcia — krwi w jajowodach może stać się przyczyną, jak to wyżej wspomniałem, jeśli już nie śmierci chorej, to w każdym razie niebezpiecznego i długotrwałego powikłania chorobowego w rodzaju powstania ropnych guzów jajowodowych, a nawet zapalenia otrzewnej, co pociąga za sobą bądź co bądź nieobojętne dla chorej następstwa.

Jeżeli zrosty zamykające szyjkę macicy są delikatne i wiotkie, to w wypadkach tych jest nawet możliwem wyleczenie samoistne, a mianowicie w ten sposób, że macica usiłując pozbyć się nagromadzonej w niej krwi, kurczy się gwałtownie i pokonując słaby opór zrostów przerywa je, w następstwie czego wśród gwałtownych bólów występują silne krawienia, będące już zapowiedzią stosunków prawidłowych; przypadek taki opisał Loebel.

Takie jednak samowyleczenie jest bardzo rzadkie i zazwyczaj w przeważnej liczbie przypadków zarośnięć światła szyjki macicy uciekać się musimy do leczenia chirurgicznego.

Najprostszym sposobem postępowania w tych razach jest przebicie zrostów — rzecz prosta w uśpieniu — możliwie najcieńszym zgłębnikiem, a następnie rozszerzenie sondami Hegara aż do Nr. 16 i tamponada oliwna szyjki sposobem podanym przez Mengego. W celu uniemożliwienia powtórnego zarośnięcia możemy także — obok wyżej wspomnianego sączkowania — użyć do tego celu tak zwanych „fruktuletów". Aby umożliwić sobie należytą kontrolę, czy zamiast zrostów w szyjce nie przebiliśmy ściany macicy, możemy zabieg wyżej opisany, który wykonywamy od strony pochwy, połączyć, jak to niektórzy doradzają, z otwarciem jamy brzusznej. Sposób opisany powyżej jest stosunkowo technicznie najprostszym i najłatwiejszym ze znanych, niemniej jednak wspomnieć o tem należy, że wyniki jego nie są najlepsze. Często kroć bowiem pomimo zastosowania tamponady oliwnej lub fruktuletów, których zadaniem jest niedopuścić do powtórnego zarośnięcia, do zarośnięć tych przecież przychodzi i cały zabieg nie odnosi żadnego skutku.

O wiele lepsze wyniki otrzymujemy sposobem Simona-Markfelda, który polega na tem, że po przecięciu miejsca zarośniętego wycinamy klinowato tkankę bliznowatą, a okrwawione brzegi zeszywamy szwami Humla.

W wypadkach niskiego zarośnięcia szyjki dobre wyniki możemy też uzyskać przy pomocy wysokiego odcięcia szyjki macicznej tak drogą pochwową, jak i brzuszną, przyczem tej ostatniej używa się tylko wtedy, gdy zabieg drogą pochwową jest niemożliwy lub też przy pomocy zabiegu plastycznego szyjki sposobem Sturmdorfa.

Przy zarośnięciach całej szyjki macicy lub zarośnięciach umiejscowionych wysoko możemy uzyskać połączenie światła macicy ze światłem pochwy przy pomocy przetoki, wykonanej sposobem podanym przez Hofmeiera. W takich samych przypadkach Pfannenstiel poleca otwarcie jamy brzusznej i założenie przetoki szyjkowo-pchwowej lub trzonowo-pochwowej, po otwarciu macicy na dolnym jej biegunie i uprzedniem odsunięciu pęcherza moczowego od macicy. Jest jednak wysoce wątpliwem, czy w przypadkach tych mogłoby dojść do zastąpienia i donoszenia ciąży, a już bezwarunkowo musimy wykluczyć możliwość porodu siłami natury. Poza tem należy i o tem pamiętać, co najważniejsze, że założenie takiej przetoki zwykle się zresztą nie udaje i otwór po kilku tygodniach — w przypadku Króniga po 6-ciu, zarasta.

Sposób zapewniający stałą drożność szyjce macicy, a zarazem umożliwiający zajście w ciążę i poród, lecz stosunkowo technicznie trudny do przeprowadzenia podał Zubrzycki. Rzucił on mianowicie myśl użycia jajowodu w celu niedopuszczenia do powtórnego zarośnięcia światła jamy, względnie szyjki macicy. Metoda ta polegałaby na wycięciu lub rozcięciu miejsca zbliznowaciałego i wszyciu odpowiednio długiego odcinka jajowodu na całej przestrzeni zarośnięcia po stworzeniu poprzednio połączenia między światłem trzonu i pochwy oraz wycięciu blizny. Stworzenie dostępu do wnętrza jamy macicy zaleca Zubrzycki cięciem przez jej ścianę tylną i radzi posługiwać się domacicznym końcem jajowodu, który należy odpowiednio przemieścić z troskliwem zachowaniem naczyń, a to celem zapewnienia łatwego wgojenia się użytej do zabiegu części jajowodu.

Zabieg ten, teoretycznie uzasadniony, wymaga potwierdzenia w doświadczeniu klinicznem i mógłby — rzecz jasna — znaleść zastosowanie tylko przy niezmienionych jajowodach, a więc w przypadkach zarośnięcia bez krwisteku jajowodowego — i to bez względu na rozległość zarośnięcia.

Nowy ten sposób operacji plastycznej podany został na posiedzeniu Towarzystwa Ginekologicznego dnia 4 grudnia 1928 (Komunikat Krak. Tow. Gin. Ginekologja Polska T. VIII. Zeszyt IV.—VI.).

Słuszność rozumowania Zubrzyckiego potwierdzona została w ostatnich miesiącach przez Strassmanna, który użył niezmienionego chorobowo jajowodu do stworzenia z niego światła macicy, zarośniętej po dokonanem wyłyżeczkowaniu. Różnica w technice obu tych zabiegów polega na tem, że Zubrzycki obrał drogę przez powłoki brzuszne i tylną ścianę macicy, Strassman zaś przez pochwę i przednią ścianę macicy.

Naogół w ostatnich czasach rozcięcie zarośnięcia szyjki macicy drogą przez pochwę bez równoczesnego wglądu do jamy trzewnej zostało przez wielu autorów zarzucone (Veit, Zubrzycki, Sołowjew, Hegar, Rossa), a to ze względu na niebezpieczeństwo związane z przeoczeniem obecności krwisteku jajowodowego. Temu też przypisać należy, że niektórzy klinicyści (Krönig, Menge, Zubrzycki) w każdym bezwzględnie przypadku zarośnięcia, nawet niskiego — dróg rodnych, a przy istniejącem równocześnie podejrzeniu krwisteku jajowodowego są za otwarciem jamy brzusznej. Dalsze zaś postępowanie warunkują od znalezionych stosunków anatomicznych i chorobowych w danym przypadku.

Dr. Adam FINKEL. Lwów.

Replika na „Odpowiedź" Dra M. Ungara w sprawie jego artykułu p. t. „Przypadek ostrej małopłytkowości samoistnej o charakterze złośliwym".

Nieco rozwlekła odpowiedź Dra Ungara (P. G. L. Nr. 2. 1931 r.), nietylko nie odpiera zarzutu pewnych zaniedbań przy opracowaniu opisanego przypadku (jak niewykonanie posiewu krwi i t. d.), ale nawet pogłębia i rozszerza skalę niektórych moich argumentów. To, że nietylko duże, ale i małe limfocyty można pomieniać z myeloblastami [1]); to, że nawet ujemny wynik odczynów fermentowych nie wyklucza myeloblastycznego charakteru „limfocytów" [2]) i t. d. — to wszystko osłabia jeszcze bardziej słuszność postawionego przez Dra Ungara rozpoznania. Również przeciw Drowi Ungarowi zwraca się aluzja braku znajomości odnośnego piśmiennictwa, ponieważ zdanie Franka zacytowałem dosłownie właśnie z art. Dra Ungara. Bezpodstawnie zarzuca mi Dr. Ungar, jakobym twierdził, że „ciepłota prawidłowa opisanego przypadku ma przemawiać za posocznicą", ponieważ wystąpiłem jedynie przeciw jego poglądowi, jakoby „brak nawet stanu podgorączkowego" wykluczał schorzenie zakaźne. To samo odnosi się do możliwości rozpoznania białaczki. Trudno zgodzić się z twierdzeniem, że przy rozpoznaniu białaczki „momentem decydującym jest zawsze dobrze sporządzony barwiony preparat krwi", skoro nawet wprawny badacz musi nieraz uciekać się do badań pomocniczych (Matthes). Niektóre zdania są wprost sprzeczne z pierwotnemi danemi Dra Ungara. M. i. pisze Dr. Ungar: „Trudno sobie wyobrazić, by posocznica rzuciła nagle człowieka, dotychczas zupełnie zdrowego, w sile wieku po tak krótkotrwałym, bezgorączkowym prze-

---

[1]) Mogę dodać, że bywają także ciałka białe typu monocytów, które dają silnie dodatni odczyn oxydazowy.

[2]) Wiedziałem o tem jeszcze przed zaznajomieniem się z odpowiedzią Dra Ungara, a to n. p. z dzieła V. Schillinga „Das Blutbild"... (str. 80 i 136); pozostaje w tych wypadkach badanie histologiczne przy sekcji, która jednakowoż w szpitalu żydowskim ze względów rytualnych nie wchodzi w rachubę, „to też tutaj jedynie wspomniane odczyny byłyby miarodajne i rozstrzygające".

biegu na łoże śmiertelne, bez cienia obrony ze strony krwi, zmian zapalnych w jakimkolwiek narządzie, której jedynym objawem byłoby krwawienie i t. d.....". Tymczasem z artykułu oryginalnego wynika, że „choroba rozpoczęła się przed dwoma tygodniami", a nawet chory „zwrócił się do lekarza chorób skórnych, sądząc, iż choroba posiada charakter niemocy (?) skórnej". Wprawdzie gorączki nie zauważył, ale nie znaczy to wcale, że nie miał gorączki, a choćby stanu podgorączkowego. W jamie ustnej stwierdzono przecież wybitne zmiany zapalne. Gdyby zaś Dr. Ungar wykazał, że rzeczywiście jedynym objawem choroby były cechy Werlhofa, cały spór stałby się bezprzedmiotowym. Chodzi właśnie o to, że Dr. Ungar nie zdołał takiego dowodu przeprowadzić prawdopodobnie ze względu na nagłą śmierć chorego. Wprawdzie z reguły „rozpoznanie budujemy nie z negatywnych, lecz z pozytywnych danych", są jednak jednostki chorobowe, które rozpoznaje się różniczkowo i *per exclusionem*. Taką właśnie chorobą jest także samoistna ostra małopłytkowość złośliwa; ani bowiem obecność ciałek kwasochłonnych, których brak często, ale nie zawsze, w posocznicy, ani cechy choroby Werlhofa, ni też ciepłota, ni inne objawy, podane w omawianym przypadku, nie stanowią jeszcze same przez się o rozpoznaniu, przyjętem zbyt pochopnie przez Dra Ungara za pewne.

Jeśli ostatnie zdanie odpowiedzi Dra Ungara mam uważać za rzeczowy argument, to i ten nie wytrzymuje krytyki. Wiadomo bowiem, że nawet na słońcu dopatrzono się plam.

W końcu muszę wyrazić przykre zdziwienie z powodu tonu odpowiedzi Dra Ungara. Daleki jednak jestem od reagowania w publicznej dyskusji również podobną metodą, która świadczy sama za siebie.

OCENY I SPRAWOZDANIA.

Leroy et Médakovitch: *Paralysie générale et malaria thérapie.* Doin Cie. Paris 1931 r.

Spostrzeżenia dotyczące wpływu pomyślnego chorób zakaźnych na przebieg schorzeń umysłowych były znane od czasów najdawniejszych. W bezwładzie postępującym również wielokrotnie spostrzegano wpływ dodatni spraw zakaźnych, wprawdzie w cierpieniu tem występują niekiedy samoistnie znaczne poprawy, lecz nigdy tak trwałe i zupełne, jak pod wpływem zakażenia. Spostrzeżenia te były znane oddawna, lecz zostały wyzyskane w celach leczniczych dopiero dzięki badaniom i doświadczeniom Wagnera-Jauregga rozpoczętym w r. 1917. Wyniki dotychczasowe metody leczniczej, stosowanej przez tego badacza, polegającej na szczepieniu chorym na bezwład postępujący malarji, wykazują wybitne podniesienie się odsetka poprawy w tem cierpieniu, przytem poprawy tak zupełnej i trwałej, że może być uważana za wyleczenie. Przeciwwskazanie do stosowania leczenia malarją stanowią ciężkie stany wycieńczenia ogólnego, poważne schorzenia wątroby i nerek, ciężkie przypadki cukromoczu, ciężkie urazy głowy i ciąża do 6-tego miesiąca, choroby serca i tętnicy głównej wymagają ostrożności przy stosowaniu leczenia malarją, nie są jednak przeciwwskazaniem bezwzględnem, o ile nie stwierdza się objawów tętniaka lub zwężenia ujścia lewego przedsionka; ostrożności przy stosowaniu leczenia wymagają również uprzednie udary mózgowe, zmiany w naczyniach mózgowych i znaczna otyłość. Wiek chorych na bezwład postępujący nie stanowi przeciwwskazania do stosowania leczenia malarją, gdyż stosowano je ze skutkiem pomyślnym nawet u osób starszych do 65 roku życia. Gruźlica również nie jest przeciwwskazaniem z wyjątkiem przypadków o przebiegu ciężkim. Wyniki najpomyślniejsze otrzymywano w przypadkach świeżych; w przypadkach o przebiegu bardzo burzliwym, z gwałtownem podnieceniem szczepienie malarji może pogorszyć i przyśpieszyć przebieg choroby, można ją więc stosować jedynie z przerwami po paru napadach. Liche wyniki daje leczenie malarją w bezwładach dziecięcych, młodzieńczych i starczych. Do szczepień używać należy jedynie trzeciaczki *(plasmodium vivax)*, należy więc zbadać przed szczepieniem z jakim zarazkiem mamy do czynienia i nie pobierać krwi do szczepień od osobników pochodzących z krajów, gdzie panuje malarja tropikalna.

Stosowany w Anglji sposób zakażania chorych na bezwład postępujący bezpośrednio przez komary nie jest wskazany, gdyż posiada wiele stron ujemnych. Stosowanie czwartaczki *(febris quartana)* przedłuża okres wylęgania i okres leczenia, lecz daje naogół wyniki dobre. W razie potrzeby krew zawierająca zarazki malarji może być zachowana, a nawet przesyłana, należy ją jednak pobrać do probówki, zawierającej roztwór 0,5% cytrynianu sodu lub odwłóknić i zebrać na płynnym agarze, zmieszać z wyjałowioną płynną żelatyną lub wreszcie po odwłóknieniu mieszać z 50% roztworem dekstrozy.

We krwi przechowywanej plazmodje wywędrowują z ciałek czerwonych i przybierają postać schizogoniczną, zbliżoną do gametów. Przebieg malarji zaszczepionej bywa nietypowy, napady występują najczęściej codziennie, powiększenie śledziony stwierdza się bardzo rzadko, chociaż opisywano nawet przypadki pęknięcia śledziony; powiększenie wątroby stwierdzano również nader rzadko, we krwi podczas napadów liczba plazmodij niewielka, natomiast wielka rozmaitość ich postaci, wreszcie malarja szczepiona, w odróżnieniu od malarji nabytej, poddaje się łatwo leczeniu chininą i nie daje nawrotów. Przypadki przenoszenia przez komary malarji szczepionej stwierdzano nader rzadko. Powtórne zakażenie malarją szczepioną nie zawsze się udaje, chorzy po przejściu malarji wykazują odporność na powtórne zaszczepienie w ciągu pewnego okresu czasu, okres wylęgania w szczepieniu powtórnem trwa dłużej, napady bywają mniej silne, dla tego też w razie potrzeby powtórnego zastosowania malarji uciekano się do zakażania przez komary, lub szczepiono czwartaczkę albo dur powrotny. Najodpowiedniejszym okazał się sposób szczepienia podskórnego krwi pobranej od chorych podczas napadu w ilości 2 do 4 cm³, wstrzykiwanie krwi zakażonej dożylnie skraca cokolwiek okres wylęgania i bywa stosowane u osobników wykazujących pewną odporność. Po szczepieniu podskórnem okres wylęgania trwa przeciętnie 7 do 12 dni, najkrócej 3 do 6 dni, czasem jednak 3 do 4 tygodni, po szczepieniu doskórnem trwanie przeciętne okresu wylęgania wynosi dni 10 do 12-tu, po szczepieniu dożylnem 3 do 10 dni, długość okresu wylęgania zależy w znacznej mierze od odporności osobniczej. Wkrótce po zaszczepieniu malarji występuje niekiedy nieznaczne i przelotne podniesienie ciepłoty, jako wyraz wstrząsu białkowego, również przed pierwszym napadem zjawiają się często niewielkie, nieprawidłowe podniesienia ciepłoty, za pierwszy jednak napad malarji należy uważać podniesienie ciepłoty nie niższe od 39°, poprzedzane przez dreszcz wyraźny. Przebieg napadów rzadko odpowiada trzeciaczce typowej, napady zazwyczaj występują codziennie, trwają dłużej niż napady malarji nabytej, przerwy między napadami często bardzo krótkie, czasem napady ustępują samoistnie, aby po kilku dniach przerwy zjawić się ponownie. Nieprawidłowości te w przebiegu zależą od różnolitości postaci wprowadzonych do ustroju zarazków i różnicy w okresach ich rozwoju. Liczbę napadów w leczeniu bezwładu postępującego należy doprowadzić do 8—10, większa liczba napadów nie rokuje lepszego wyniku leczenia. Napadom malarji towarzyszą objawy wyczerpania ogólnego, bóle głowy, brak łaknienia, które nie wymagają zastosowania środków zapobiegawczych, natomiast objawy ze strony serca i krążenia wymagają pilnego dozoru i podawania w miarę potrzeby środków nasercowych. W razie wystąpienia objawów niepokojących należy przerwać napady przez podanie chininy. Po przerwaniu napadów malarji wygląd i waga chorych zazwyczaj szybko się poprawia. W napadach zbyt silnych, z bardzo wysoką ciepłotą możemy dowolnie osłabić napady, a nawet przerwać je na przeciąg kilku dni, podając od czasu do czasu chininę w dawkach po 0,1 do 0,2; dla ponownego wywołania napadów wystarcza zastrzyk dożylny 35 do 50 miljonów zarazków szczepionki durowej wielowartościowej Besredki lub zastrzyk domięśniowy 10 cm³ 10% roztworu nukleinianu sodu. U osobników bardzo wyczerpanych stosuje się leczenie malarją dwuczasowe, przerywa się je dawkami chininy po 4 napadach, stosując następnie leczenie neosalwarsanem w ciągu 6 do 8 tygodni, poczem następuje ponowne szczepienie malarji na okres 4 do 6 napadów.

Powikłania w leczeniu malarją zdarzają się naogół stosunkowo rzadko, występuje czasem żółtaczka nie trudna do opanowania przez leczenie odpowiednie, bóle głowy lub bóle neuralgiczne łatwo zwalczane zapomocą środków przeciwbólowych, niedomoga serca i zapaść, którym należy zapobiegać przez podawanie środków nasercowych, a w razie potrzeby przez przerwanie napadów, niedomoga nerek, ujawniająca się zmniejszoną ilością moczu i wymagająca stosowania środków moczopędnych, wyjątkowo rzadko zdarza się pęknięcie śledziony, w silnych napadach występuje biegunka, wymioty, brak łaknienia, krwawienie z nosa a nawet do jelit, zdarza się czasem opryszczka wargowa i porażenia przemijające nerwów okoruchowych. Dla przerwania napadów malarji wystarcza zazwyczaj podawanie chininy w dawkach po 0,5 dwa razy na dzień w ciągu 3 dni i raz na dzień w ciągu następnych 4 dni, w razie konieczności nagłego przerwania napadów podaje się chininę dożylnie w dawce po 0,5 raz do 2 razy na dobę, po upływie paru dni przerwy należy wrócić do dawek chininy.

Po zakończeniu leczenia malarją wskazane jest leczenie przeciwkiłowe, zwłaszcza neosalwarsanem. Leczenie swoiste przed zastosowaniem malarji nie jest wskazane, gdyż samo leczenie przeciwkiłowe rozmaitemi metodami nie daje w bezwładzie postępującym wyników dodatnich. Leczenie wyłącznie malarją bez leczenia przeciwkiłowego daje naogół wyniki dość dobre.

Wśród spostrzeżeń nad leczeniem malarją bezwładu postępującego, ogłoszonych w różnych krajach, na pierwszy plan pod względem obfitości materjału i długości okresu obserwacji wysuwają się spostrzeżenia z kliniki Wagnera Jauregga w Wiedniu, dotyczą one przeszło 2000 przypadków, wśród których są chorzy leczeni w r. 1917, pełniący swą pracę zawodową do r. 1930. Ze spostrzeżeń tych wynika, że rokowanie w przypadkach świeżych bywa lepsze, niż w zadawnionych, najpomyślniejsze rokowanie dają przypadki przebiegające z podnieceniem i przypadki o postaci otępienia prostego, udarowe i taboparalityczne, mniej pomyślne bywa rokowanie w postaciach hypochondrycznych, galopujących, w postaci dziecięcej, młodzieńczej i starczej. Poprawa zaczyna się czasem już w okresie leczenia malarją, częściej jednak dopiero po upływie paru tygodni, a nawet miesięcy, poprawa może się też ujawniać stopniowo i bardzo powolnie w ciągu wielu miesięcy. Wyniki spostrzeżeń dokonanych w innych krajach są mniej więcej podobne, z Polski są przytoczone spostrzeżenia Artwińskiego i Ostrowskiego oraz Prussaka. Spostrzeżenia własne autorów omawianej pracy dotyczą 102 przypadków, obserwowanych w ciągu 2 lat, wśród nich poprawiło się zupełnie 36 chorych, niezupełną poprawę wykazało 12, poprawę nieznaczną 15, pozostało bez poprawy 9, przeszło do innych zakładów 6, zmarło 22.

Poza stanem umysłowym poprawiają się u chorych zaburzenia mowy i pisma, zaburzenia okoruchowe, czasem nawet objawy źrenicowe, wybitnie poprawia się stan ogólny chorych. Odczyny biologiczne w cieczy mózgowo-rdzeniowej ulegają również zmianie pod wpływem leczenia malarją, najszybciej zmniejsza się ilość białka i liczba białych ciałek krwi, następnie dopiero zmniejszają się odczyny globulinowe, odczyn Bordet-Wassermanna i odczyn benzoesowy, jednak nie zawsze i nie zupełnie. Zachowanie się odczynów biologicznych w cieczy m.-r. w okresie wczesnym po leczeniu malarją nie jest jednak miarodajne dla rokowania, w okresie późniejszym po ukończeniu leczenia stosunki normalne w cieczy m.-r. pozwalają przewidywać poprawę trwałą. Szereg badań anatomicznych, dokonanych na mózgach chorych zmarłych w okresie poprawy po leczeniu malarją wskutek chorób przypadkowych, pozwolił ustalić, że wraz z poprawą kliniczną następuje poprawa zmian anatomicznych w mózgu, znikają zwłaszcza objawy zapalne w mózgu i jego oponach, mają również znikać w tkance mózgowej krętki blade. W czasie leczenia malarją, zwłaszcza ku końcowi okresu leczenia występują czasem u leczonych ostre stany obłąkania i bredzenia z licznemi omamami, czasem stany stuporu, są to jednak zaburzenia przejściowe, po leczeniu malarją występują niekiedy urojenia usystematyzowane o charakterze paranoidalnym i stany hypochondryczne. Istota działania leczniczego malarji nie jest wyjaśniona, wpływ leczniczy podniesienia ciepłoty ciała nie jest jedynym czynnikiem działającym, musi tu pod wpływem malarji następować wzmożenie środków obronnych ustroju. Są dane przemawiające za tem, że leczenie malarją zamienia zmiany miąższowe w bezwładzie w zwykłe zmiany kiłowe, poddające się łatwiej leczeniu. Zapobiegawcze leczenie malarją jest wskazane u takich chorych, którzy w późnym okresie kiły utajonej wykazują zmiany patologiczne w cieczy mózgowo-rdzeniowej. Z punktu widzenia sądowo-lekarskiego orzeczenie w przypadkach bezwładu postępującego wyleczonego malarją należy uzależniać od stanu umysłowego badanego.

Oto w skróceniu treść zawarta w pracy Leroy i Médakovitcha, ze streszczenia tego widać jak wszechstronnie i gruntownie została opracowana przez autorów sprawa leczenia bezwładu postępującego malarją, autorzy opracowali swą książkę opierając się na bogatem doświadczeniu własnem i na gruntownem zaznajomieniu się z piśmiennictwem wszechświatowem w tej sprawie, które wymieniają na końcu swej pracy. Książka wydana przez autorów stanowi bodaj najgruntowniejszą monografję sprawy leczenia bezwładu malarją.

J. Koelischer.

Lucien Hudelo: *Prurits et Prurigos.* La pratique médicale illustrée. G. Dein et Cie. Paris, 1931.

W rozprawie „Prurits et Prurigos" L. Hudelo omawia schorzenia swędzące skóry, które dzieli na trzy gromady. Do pierwszej zalicza się t. zw. swędzenie samoistne bez zmian znamiennych skóry. Do drugiej należy swędzenie z odczynem zliszajowacenia *(lichenisatio)*. W gromadzie trzeciej mieszczą się sprawy swędzące, którym towarzyszy osutka świerzbiączkowata *(prurigos)*. Opisy kliniczne są zwięzłe, lecz przejrzyste dostatecznie. Dział lecznictwa autor opracował bardzo uważnie. Leczenie ogólne osobnika schorzałego a także metodyka leczenia wewnętrznego i zewnętrznego zmian skóry znalazły uwzględnienie należyte. Pracę zdobią piękne ryciny jednobarwne.

Robert Bernhardt.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Medycyna, nr. 3, z 7 lutego 1931: M. Czyżewski: Lepkość krwi w chirurgji ze szczególnem uwzględnieniem stanów pooperacyjnych. — K. Potrzebowski: O powtórnem zakażeniu przymiotem. — H. Gileczak-Hacowa: Częstość występowania pasorzytów jelitowych u zdrowej ludności m. Warszawy. — K. Karaffa-Korbut: O pojęciach i określeniach zasadniczych.

Warszawskie czasopismo lekarskie, rok VII, nr. 6, z 5 lutego 1931: J. Jelenkiewicz: Patologja i klinika reumatyzmu zakaźnego w świetle nowszych poglądów. — A. Goldman i L. Szyfman: Cukrzyca a zabiegi chirurgiczne. — M. Płoński er: O współczesnych badaniach nad nowotworami złośliwemi. (Streszcz. pogl. dok.). — S. Adamowiczowa: Uwagi w sprawie statystyki umieralności matek (dok.).

Pamiętnik Wileńskiego Towarzystwa lekarskiego i Wydziału lekarskiego Uniw. St. Batorego, rok VI, zeszyt 6, za listopad-grudzień 1930: M. M.: Ś. p. Dr. T. Dembowski. — T. Wąsowski: Rola układu naczynioruchowego w powstawaniu odruchu cieplnego błędnika. — J. Bohuszewicz: W sprawie leczenia ran przypadkowych i chirurgicznych ostrych spraw zakaźnych. — S. Małoficjew: Wskazania do amputacji w sprawach ropnych kończyn.

Wiadomości weterynaryjne, rok XIII, nr. 126, ze stycznia 1931: S. Malicki: Bio-fizyko-chemiczne badanie własności mięsa.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVIII, nr. 6, z 8 lutego 1931: M. Gedroyć: Zwierzęta jadowite i jady zwierzęce (c. d.). — Sprawy zawodowe.

Przegląd dentystyczny, rok XI, nr. 1, ze stycznia 1931: J. Jarząb: Jałowe przechowywanie strzykawek i podręcznych narzędzi dentystycznych.

Kronika Izby lekarskiej lwowskiej, rok II, nr. 1, za styczeń-luty 1931: Sprawozdanie z czynności Zarządu Izby lekarskiej lwowskiej za czas od 1 lutego do 31 grudnia 1930. — Sprawozdanie Komitetu kasy ubezpieczeniowej lekarzy (KUCJL) za rok 1930 i Sprawozdanie Komitetu Kasy emerytalnej za rok 1930. — Sprawozdanie roczne Sądu Izby lekarskiej lwowskiej za rok 1930.

Wychowanie fizyczne, rok XII, zeszyt 2, z lutego 1931: K. Stojanowski: Skład rasowy studentek i studentów Studjum W. F. Uniwersytetu Poznańskiego. — W. Sikorski: Wychowanie fizyczne w poł. Szwecji.

Dziennik urzędowy Izb lekarskich, rok II, nr. 2, z 1 lutego 1931: Z Naczelnej Izby lekarskiej. — Z Izb lekarskich terytorjalnych. — Informacje. — Wolne posady.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo francuskie.

La Presse médicale.

Nr. 1. — 1931.

R. Leriche: *Uwagi krytyczne o bólu, o jego mechanizmie powstawania i drogach przewodzenia.* Pomimo codziennego stykania się z bólem, wiadomości nasze o tem, co to jest ból są dość skąpe. Czucie bólu zaliczono do tego samego rodzaju czucia fizjologicznego, co czucie dotyku i ciepłoty, chociaż nie jest to czucie fizjologiczne, ale patologiczne i normalny, zdrowy osobnik może nie odczuwać żadnego bólu fizycznego przez długie lata. Włączenie bólu do czucia fizjologicznego, jako osobny rodzaj zmysłu kazało w konsekwencji przyjąć, że istnieje osobny aparat bólu (zakończenia nerwowe, drogi przewodzące to czucie do mózgu). Istnienie osobnych włókien nerwowych dla czucia bólu w różnych narządach, w których przez całe życie może ból wogóle nie wystąpić, zdaje się być nieekonomicznem z punktu widzenia przyrodniczego. L. przypuszcza, że czucie bólu jest tylko zmodyfikowanem czuciem ogólnem (na skórze zwanem czuciem dotyku) i zależnie od siły bodźca, jego szybkości i gwałtowności zadziałania np. na skórę wystąpi uczucie dotyku, uczucie przyjemne lub uczucie bólu. Tak jak w zmyśle węchu lub smaku nikt nie przypuszcza, by bodźce gwałtownie działające i nieprzyjemne pobudzały inne aparaty i przechodziły osobnemi włóknami do mózgu, tak też jest z czuciem bólu i jego drogami nerwowemi. Niema dowodów na istnienie specjalnych ciałek bólowych czy zakończeń nerwowych, odbierających tylko bodźce bólowe, natomiast istnienie osobnych włókien nerwowych w rdzeniu, dla czucia bólu i dotyku, zdaje się być zupełnie pewnem, ponieważ przecięcie wiązki

włókien czuciowych w rdzeniu (cordotomia) usuwa ból kończyny po przeciwnej stronie, podczas gdy czucie dotyku jest zachowane. L. zaznacza jednak, że to zachowane czucie dotyku nie jest zróżnicowane i chory nie jest w stanie odróżnić ani przyjemnego ani przykrego uczucia dotyku, a nawet zauważył, że w 2 przypadkach po kilkakrotnej obustronnej kordotomji w kilka miesięcy po zupełnej analgezji wystąpiło czucie bólu, a w pewnych obszarach skóry nawet przeczulica. Ani regeneracja włókien nerwowych ani niedokładnie wykonane operacje nie mogą tu wchodzić w rachubę, należy przyjąć, że powrót do odczuwania bólu pochodzi od postępującego zróżnicowania się czucia dotyku. L. sądzi, że ból jest czuciem ogólnem odczuwanem jako ból przez mózg i przyjmuje, że komórki mózgowe nauczyły się odczuwać czucie dotyku jako ból, jednem słowem całą sprawę zróżnicowania się czucia na obwodzie przesuwa do zróżnicowania się w mózgu, popierając to znanym faktem, że odczuwanie bólu u różnych ludów idzie w parze z kulturą. Obecność w rdzeniu 2 wiązek nerwowych, homolateralnej dla dotyku i skrzyżowanej dla bólu stara się wytłumaczyć tem, że dotyk ma znaczenie dla życia wegetatywnego i włókna kończą się w ośrodkach mało zróżnicowanych, podczas gdy ból ma znaczenie dla życia psychicznego, uczuciowego i dlatego włókna te krzyżują się, kończąc się w ośrodkach wyższych, bardziej zróżnicowanych.

L. poddaje krytyce badania fizjologów nad czuciem bólu (F r e y i in.), według których skóra ma być obficiej zaopatrzona w nerwy czułe na ból, jak na dotyk (więcej punktów bólu jak dotyku). To tłumaczy się metodą badania przez ukłucia, które są bodźcem nienormalnym, zawsze gwałtownym i przekraczającym dawkę, mogącą wywołać czucie dotyku. Niesłuszne jest również zdanie, że rogówka jest bardzo czuła na ból, a mało ma punktów dotyku, ponieważ czucie dotyku w rogówce jest ogólnie znane (odruch rogówkowy), tylko czucie to nie dochodzi do świadomości, czucie nieświadome cechuje przecież większą część naszych narządów (stawy, jelita, tętnice i t. d.). W czasie regeneracji nerwu po przecięciu występuje najpierw czucie bólu, a później czucie dotyku, co L. tłumaczy nie szybszą regeneracją włókien bólowych, ale nadmierną pobudliwością nowych włókienek. Podobny stan przeczulicy stwierdza się przy transplantacji skóry, dopiero z czasem bodźce dotykowe dają uczucie dotyku.

Mechanizm powstawania bólu — jeżeli pominie się działanie mechanicznej natury — może być różnorodny, stan fizyczno-chemiczny środowiska otaczającego zakończenia czuciowe ma tu duże znaczenie, większe stężenie jonów wodorowych (kwasota), większa zawartość wapnia może być często przyczyną powstawania bólów. Zmiany miejscowe w krążeniu krwi zdają się odgrywać poważną rolę. Przekrwienie bierne, a jeszcze więcej czynne jest częstą przyczyną bólów, czego ograniczone stany zapalne są jaskrawym dowodem. Dobry wpływ leczniczy sympatykotomji we wielu bólach, wywołanych prawdopodobnie przez przekrwienie, nie da się narazie wytłumaczyć i trudno zrozumieć to paradoksalne leczenie przekrwienia przekrwieniem po sympatykotomji. Również niedokrwienie lub anemja jest przyczyną występowania bólów.

L. podkreśla ważne znaczenie czucia nieświadomego, które odgrywa poważną rolę — dotąd mało poznaną — w życiu wegetatywnem. Dokładniejsze poznanie różnych odruchów z narządów wewnętrznych pozwoli wglądnąć i zrozumieć różne mechanizmy regulujące czynności organizmu.

Nr. 2. — 1931.

A. C a l m e t t e: *Epilog katastrofy w Lubece*. Znawcy, którzy zbadali resztki szczepionki BSG, używanej w Lubece, stwierdzili, że tak w szczepionce jakoteż w narządach dzieci, które zginęły po szczepieniu znajdowały się prątki typu ludzkiego. Prątki te dostały się do pracowni szpitala w Lubece z Instytutu Kocha w Berlinie i własności biologiczne tego szczepu ludzkiego były dokładnie znane. Słabej zjadliwości tych prątków należy przypisać, że katastrofa ta nie pociągnęła za sobą więcej ofiar (na 251 szczepionych 73 zgony). Szczepionki sporządzane w niektórych dniach okazały się dotąd zupełnie nieszkodliwe, co przemawia za tem, że prątki ludzkie nie do każdej serji szczepionki były domięszane. Brak dokładnych protokołów przyrządzania szczepionki i zniszczenie jej zapasów przez lekarza, przeprowadzającego te szczepienia, nie pozwolił na dokładniejsze zbadanie. W każdym razie pewnem jest, że nie szczepionka BCG wywołała śmierć tylu niemowląt, tylko że przyczyną tego jest fatalny błąd lekarza. C. zaznacza, że w sprawie wyrobu, przyrządzania i przechowywania szczepionek muszą obowiązywać podobnie surowe przepisy jak w aptece.

R. M o n c e a u x: *Rola nadnerczy w wahaniach cholesteryny we krwi u chorych na gruźlicę*. Podawanie cholesteryny i podobnych ciał u chorych na gruźlicę ma mieć na celu wzmożenie odporności tkankowej, ponieważ stwierdzano przeważnie zmniejszenie cholesteryny we krwi w cięższych przypadkach gruźlicy. M. sądzi, że takie stanowisko nie jest uzasadnione, ponieważ dokładnie niewiadomo, jaka jest rola cholesteryny, jak powstaje i jakim przemianom podlega ona w organizmie. Najważniejszem miejscem powstawania cholesteryny jest nadnercze i poziom cholesteryny we krwi zależy od wytwarzania jej w korze nadnerczy oraz od wychwytywania jej głównie przez płuca. W gruźlicy u dzieci, w gruźlicy opon mózgowych, w początkowych okresach lub przy zaostrzeniu się gruźlicy stwierdza się często hipercholesterynemję, natomiast przy gruźlicy przewlekłej w parze z ciężkością schorzenia idzie obniżanie się cholesteryny we krwi. Szczególnie zmniejszony stosunek estrów cholesteryny do wolnej chol. ma być sprawdzianem ciężkości i pogarszania się gruźlicy. Po odmie płucnej wzrasta ilość cholesteryny, gromadzącej się obficie w płucu gruźliczo zmienionem. Nadnercza w początkowem lub ostrem stadjum gruźlicy są nadczynne i są w stanie z karotynu wytworzyć więcej cholesteryny, dlatego też wtedy mamy we krwi hipercholesterynemję, w przewlekłych stanach gruźliczych stwierdzano sklerozę i niedoczynność nadnerczy i stąd zmniejszona ilość cholesteryny we krwi.

Skowroński (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

XXVIII. P o s i e d z e n i e n a u k o w e z dnia 7 listopada 1930.
Przewodniczy: Kol. A. K u h n.

1) Kol. G r z ę d z i e l s k i przedstawia dwa przypadki zaniku nerwów wzrokowych po zatruciu alkoholem skażonym. Na wstępie mówca zaznacza, iż coraz bardziej rozpowszechniające się wśród ludności używanie spirytusu denaturowanego jako napoju upajającego, staje się wprost niebezpieczeństwem społecznem.

W pierwszym przypadku chodzi o wieśniaka 23-letniego, który na weselu upił się wódką, zrobioną ze spirytusu denaturowanego. Na trzeci dzień rano obudził się zupełnie ślepy. Wzrok po kilku dniach powrócił. Po 6 tygodniach chory zgłosił się na klinikę okulistyczną. Stwierdzono tam bystrość wzroku oka prawego $1^1/_2/60$, oka lewego 3/60. W polu widzenia duże ubytki centralne, przy lekkiem zwężeniu obwodu. Wziernikiem stwierdza się bladość obu tarcz n. wzrok. przy zatartych granicach. Wassermann ujemny.

Drugi chory, egzekutor podatkowy lat 32, przed 4 laty zaraził się kiłą, na którą raz się leczył. Przed 4 miesiącami był zaproszony na chrzciny, gdzie bawił przez godzinę i pił dużo wódki, co do której dowiedział się potem, iż była zrobioną ze spirytusu denaturowanego. Na drugi dzień nagle zachorował wśród silnych bólów głowy, wymiotów i gorączki 39°. Na trzeci dzień rano obudził się zupełnie ślepy. Wzrok zaczął powracać po 5 dniach, tak, że po 2 tygodniach chory mógł już czytać. Jednak po 4 tygodniach znowu przyszło do zwolna postępującego pogorszenia. W obecnej chwili bystrość wzroku oka prawego wynosi 1/60, oka lewego $1^1/_2/60$. W polu widzenia zaznaczają się względnie centralne ubytki, przy znacznem zwężeniu obwodu. Tarcze n. wzrokowych blade, o ostrych granicach. Wassermann we krwi dodatni, w płynie mózgo-rdzeniowym ujemny.

Ze względu na charakterystyczny przebieg choroby mówca rozpoznaje w obu przypadkach przebyte pozagałkowe zapalenie nerwów wzrokowych na tle toksycznem, które doprowadziło do zaniku. W drugim przypadku można wykluczyć etjologję kiłową, ze względu na brak zmian w płynie mózgowo-rdzeniowym. Jako czynnik toksyczny należy obwinić alkohol metylowy, który służy do skażania alkoholu etylowego i który, jak wiadomo z piśmiennictwa, już w bardzo małych dawkach może spowodować ciężkie uszkodzenia nerwu wzrokowego.

W dyskusji kol. B e d n a r s k i wspomina o zatruciach spirytusem w powiecie łódzkim, które zdarzyły się w ostatnich czasach w związku z tajnem gorzelnictwem.

Kol. F a l k i e w i c z Tadeusz zapytuje, w jaki czas po zatruciu wystąpił w tych przypadkach zanik nerwów wzrokowych.

Kol. K u h n wspomina o wypadku bardzo ciężkiego zatrucia wódką, zrobioną ze spirytusu denaturowanego, gdzie 20 osób ciężko zachorowało, a 6 osób zmarło.

Kol. G r z ę d z i e l s k i w odpowiedzi kol. Falkiewiczowi: pierwszy chory był badany w 6 tygodni po zatruciu, drugi dopiero po 3 miesiącach. U obu był wybitny zanik nerwów wzrokowych.

2) Kol. O b e r l a e n d e r przedstawia przypadek *ureterocele*. Schorzenie dolnego odcinka moczowodu, przebiegającego w ścianie pęcherza w *pars juxtavesicalis* pod postacią cystki. Schorzenia te

są następstwem jużto wrodzonego zwężenia ujścia moczowego, jużto nabyte jako następstwa stanów zapalnych tychże. Przebiegaja pod formą różnych innych schorzeń, jak: *cystitis* zwykłej i ropnej, *pyonephrosis*, a nawet wśród objawów ostrej *„appendicitis"*. Z trzech przypadków, które mówca miał sposobność obserwować i leczyć, dwa przebiegały pod formą *„pyurji"* i *„pyonefrozy"*, oba wyleczone zupełnie po usunięciu zwężenia w ujściu.

Trzeci przypadek, który dziś przedstawia, przybył do szpitala z rozpoznaniem: *„appendicitis acuta"* do operacji. Również i w tym przypadku wszystkie objawy chorobowe minęły po usunięciu zwężenia ujścia moczowodu, jako przyczyny schorzenia. Co do sposobu operacyjnego w ostatnim przypadku (trzecim), zastosował metodę powolnej dylatacji zwężenia ujścia moczowodu, jako przyczyny ureterocele. W dwóch pierwszych przypadkach stosował wśródpęcherzowo przyżeganie cysty sondą elektrokoagulacyjną prądem o wysokiem napięciu.

Schorzenie to naogół bardzo rzadkie, w erze przedcystoskopowej zupełnie nieznane. W ostatnich 20-stu latach w literaturze znajdujemy opisanych około 200 przypadków.

Trzy wyżej opisane przypadki *ureterocele* będą dalszym przyczynkiem w kazuistyce schorzeń odcinka moczowodu w *pars juxtavesicalis*.

W dyskusji kol. Laskownicki zaznacza, że określenie tego przypadku rozpoznaniem ureterocele jest nietrafne, mianem uroterocele bowiem oznaczamy schorzenia, gdzie albo moczowód wypada do worka przepuklinowego i znajduje się na jego zewnętrznej ścianie, albo też przypadki, gdzie moczowód wypada na zewnątrz przez cewkę moczową kobiety (schorzenie wyłącznie spotykane u kobiet). Przypadek przedstawiony przez kol. Oberländera określić trzeba jako torbielowate rozszerzenie ujścia moczowodowego *(dilatatio cystica ostii ureterici)*.

Ponadto przemawiał w dyskusji kol. Ostrowski Tadeusz.

3) Kol. Lesław Węgrzynowski odczytuje: Sprawozdanie ze Zjazdu międzynarodowego przeciwgruźliczego w Oslo. Referent przedstawia stan gruźlicy i stan walki z gruźlicą w Norwegji, z czego wynika, iż rozwój ruchu przeciwgruźliczego nabiera zwłaszcza po wojnie znacznego tempa, śmiertelność spada do 12 i ½ na 10.000. Budżet roczny przeciwgruźliczy wynosi 10 miljonów koron norweskich t. j. 3—4 koron na mieszkańca.

Referent dalej przedstawia organizację Zjazdu, podkreślając wybitny udział całego społeczeństwa z rządem i królem na czele, i omawia pierwszy temat tyczący się szczepień ochronnych metodą Calmetta. Calmette streszcza swój wykład w następujących wnioskach:

1. Klinicyści i badacze zgadzają się z tem, iż immunitas przeciwgruźlicza jest szczególnym stanem odporności na wtórne zakażenia. Odporność uwarunkowana jest obecnością właściwych i dobrotliwych prątków lub zmianami gruźliczemi dobrotliwemi. Stan ten ujawnia się allergją i wrażliwością na tuberkulinę. Jednak obecność tych prątków lub zmian gruźliczych jest stałem niebezpieczeństwem dla nosiciela. Pod wpływem różnych czynników głównie reinfekcji masowej mogą one zaatakować ustrój.

2. Wszystkie próby, aby wywołać odporność zapomocą zarazków zabitych lub ich wyciągami, nie udały się.

3. Tylko zastosowanie zarazków żywych, mniej lub więcej żywotnych, jest skuteczne. Sposób ten jest mniej lub więcej niebezpieczny dla ustroju, chyba że uda się wyhodować sztucznie w laboratorjum szczep nieszkodliwy dla ustrojów wrażliwych na gruźlicę, któryby zachował własności antygenowe.

4. Szczep B. C. G. ma te własności już ustalone, wytwarza tuberkulinę i przeciwciała „in vivo et in vitro", a nie ma zdolności wywoływania zmian gruźliczych postępujących. Zmiany, które on wywołuje, nie dadzą się przeszczepiać.

5. Nieszkodliwość tego szczepu pozwala na używanie go nawet u noworodków.

6. Ta ochrona zapomocą B. C. G. jest możliwą w każdym wieku pod warunkiem, że ustrój nie zetknął się jeszcze z prątkiem i nie oddziaływa na tuberkulinę. W wypadkach już istniejącego zakażenia, B. C. G. nie wywołuje odporności, a natomiast może dać fenomen Kocha, przyczem najczęściej powstaje zimny ropień w miejscu szczepienia.

7. Szczepienie noworodków doustne jest łatwe i nieszkodliwe, powinno być przeprowadzone w pierwszych 10 dniach po urodzeniu, w tym czasie bowiem błona śluzowa, składająca się z komórek protoplazmatycznych, absorbuje łatwo prątki B. C. G., które potem dostają się do aparatu limfatycznego. Technika szczepień nie przedstawia trudności, może być wykonywana nietylko przez lekarzy, ale też i przez pielęgniarki i akuszerki.

8. Od roku 1924 szczepienie ochronne zyskuje sobie coraz większe prawo obywatelstwa we Francji, Belgji, Kanadzie, Hiszpanji, Grecji, Holandji, Polsce, Italji, Brazylji, Urugwaju, Argentynie, Chili i innych. Doświadczenia są prowadzone w Niemczech, Danji, Norwegji, Rosji, Szwecji, Szwajcarji i Czechosłowacji.

9. Doświadczenia dotychczasowe wykazały, że B. C. G. nie wywiera szkodliwego wpływu na rozwój dziecka, że chorobowość i śmiertelność jest mniejsza u szczepionych, żyjących w tych samych warunkach co i nieszczepione, a śmiertelność u dzieci rodziców gruźliczych, przy zastosowaniu izolacji przez czas 1 miesiąca po szczepieniu, wynosi prawie zero.

10. Żaden z zarzutów stawianych B. C. G. nie utrzymał się, doświadczenia bowiem kliniczne zbijają je, niema więc żadnej racji pozbawiać tego dobrodziejstwa dzieci pochodzących z ludzi zdrowych.

Koreferenci, wśród których na wymienienie zasługują: Neufeld z Berlina, Wil. H. Park z New-Yorku, L. Saye Barcelona, K. A. Jensen Kopenhaga, E. Maragliano Genua, O. Scheel Oslo, Heynsius Van den Berg Amsterdam, Michałowicz Warszawa, J. Cantacuzène Bukarest, Carl Neslund Sztokholm, zgodzili się na to, iż nie można przypisać szczepionce Calmettowskiej żadnego szkodliwego działania; większość koreferentów zgodziła się z wywodami Calmetta.

Uroczyste posiedzenie naukowe ku uczczeniu pamięci Rektora Emanuela Macheka z dnia 14 listopada 1930.

Przewodniczy: Kol. A. Kuhn.

1) Przewodniczący wita obecną na posiedzeniu Wdowę po ś. p. Rektorze Macheku i Jej Siostry oraz przypomina, że w przemówieniu wygłoszonem ku czci zmarłego Rektora na posiedzeniu naukowem Tow. w dniu 3 października 1930 podniósł tylko znakomitą i obfitą w owoce działalność Jego w Towarzystwach Lekarskich, pracujących na terenie Lwowa i b. Galicji. Zapowiedział wtedy, że działalność naukowa i profesorska ś. p. Macheka będzie omówiona później przez Kolegów, którzy wspólnie ze Zmarłym na tej niwie pracowali. Posiedzenie obecne jest właśnie poświęcone temu celowi.

2) Prof. Dr. Adam Bednarski. *„Pogląd na działalność kliniki okulistycznej Prof. Macheka.* W łonie Towarzystwa Lekarskiego powstała myśl urządzenia uroczystego posiedzenia Towarzystwa, celem uczczenia Prof. Emanuela Macheka, jednego z najzasłużeńszych członków Towarzystwa. Kol. Prezes Dr. Kuhn raczył zaprosić klinikę okulistyczną do współudziału w urządzeniu tego posiedzenia. Dla kliniki to i zaszczyt i odznaczenie, że Towarzystwo Lekarskie czci pamięć pierwszego profesora kliniki okulistycznej Uniwersytetu Jana Kazimierza.

Prof. Machek reprezentował kierunek ścisłego związku Towarzystwa Lekarskiego z Wydziałem Lekarskim a w szczególności Towarzystwa Lekarskiego ze swą kliniką. Z tego tu prezydjalnego krzesła Towarzystwa Lekarskiego, w r. 1898, powołany na katedrę okulistyki, złączył obowiązki prezesa Towarzystwa Lekarskiego z obowiązkami profesora kliniki i jako profesor kliniki, mając duży materjał naukowy, korzystał z niego na dobro Towarzystwa Lekarskiego. Tutaj w Towarzystwie Lekarskiem wygłosił kilkadziesiąt odczytów wraz z pokazami przypadków chorobowych. Zachęcał też asystentów swej kliniki do wykładów w Towarzystwie Lekarskiem, rozumiejąc, że Towarzystwo Lekarskie jest najlepszą areną, na której młody lekarz ma sposobność wyrobić się i wybić. Największą jednak zasługą Macheka dla Towarzystwa Lekarskiego jest założenie we Lwowie Tygodnika Lekarskiego. Naturalnie nim powstanie pismo, musi być przedtem komitet, muszą być liczne posiedzenia, zgromadzenie, to wszystko było, ale inicjatorem i główną sprężyną tych komitetów i posiedzeń był Machek. Tygodnik Lekarski rozwijał się, stał się wkrótce organem Towarzystwa Lekarskiego, a dzisiejsza Polska Gazeta Lekarska jest tylko dalszym etapem rozwoju Tygodnika Lekarskiego, założonego przez Prof. Macheka.

Prof. Machek kierował kliniką okulistyczną w latach 1898 — 1922 t. j. przez pierwszych 23 lat istnienia kliniki.

Klinika okulistyczna pomieszczona w szpitalu powszechnym, nio była w całości gotową na początek roku szkolnego.

Ambulatorjum kliniki rozpoczęto dnia 1-go listopada 1898 r. Pierwszy wykład odbył się dnia 4 listopada 1898 r., w jednej ze sal chorych, tymczasowo do tego urządzonej. Dnia 17-go grudnia 1898 r. przyjęto pierwszego chorego na klinikę stałą, urządzoną na 40 łóżek. Dnia 22 grudnia 1898 r. wykonano pierwszą operację na klinice. Uroczyste otwarcie kliniki odbyło się dnia 25 stycznia 1899 r., wobec przedstawicieli władz rządowych i krajowych, profesorów Uniwersytetu, lekarzy i młodzieży uniwersyteckiej. Prof. Machek wygłosił na tem otwarciu wykład wstępny pt.: O znaczeniu środków i sposobów badania na rozwój nowszej okulistyki.

Na wykłady kliniczne okulistyki, w pierwszym roku istnienia kliniki 1898/9, zapisanych było w półroczu zimowem 31 słuchaczy, a w półroczu letniem 15 słuchaczy. W następnym roku 1899/1900

w zimie 23, w lecie 8 słuchaczy. W późniejszych latach, przed wybuchem wojny w r. 1914, ilość słuchaczy zapisanych na wykłady okulistyki wahała się od 24—60 słuchaczy. W r. 1914/15 wykłady nie odbywały się z powodu inwazji rosyjskiej. W r. 1918/19 z powodu zajęcia Lwowa przez Ukraińców w dniu 1 listopada, wpisy i wykłady zostały na cały rok przerwane. W r. 1919/20 na kurs wojskowy było zapisanych w półroczu zimowem 62 słuchaczy. W r. 1920/21 w zimie 119, w lecie 148, w r. 1921/22 w zimie 226, w lecie 320 słuchaczy. Prof. Machek znanym był jako znakomity mówca, to też wykłady Jego barwne i żywe były licznie uczęszczane i chętnie słuchane przez młodzież. Do rygorozów przygotowywali się studenci przeważnie ze skryptów spisywanych z wykładów Macheka, a obok tego był w użyciu podręcznik Fuchsa. Ilość egzaminów z okulistyki dochodziła przed wojną do 65 egzaminów rocznie. Obok wykładów Prof. Machek prowadził kursa uzupełniające dla lekarzy; odbyły się trzy, w latach 1902, 1906 i 1908. Raz, w r. 1900 wykładał Prof. Machek publicum: Oftalmoskopja teoretyczna, 1 godz. tygodniowo, w półroczu zimowem. Zapisanych było na ten wykład 36 słuchaczy.

Klinika miała zrazu dwóch asystentów, później od r. 1906 trzech. Ogółem pracowało na klinice za czasów Prof. Macheka 15 asystentów. Obok asystentów praktykowało na klinice krótszy lub dłuższy czas. 45 lekarzy. O sześciu zanotowano, że są lekarzami wojskowymi, byli to przeważnie lekarze pułkowi wojska austrjackiego. Lekarze praktykujący na klinice pochodzili naturalnie przeważnie ze Lwowa lub z Galicji. Poza tem, jak zanotowano w kronice kliniki, pochodziło z Warszawy 4, z Lublina 1, z Królestwa Polskiego 2, z Kujaw 1, z gubernji Mińskiej 1, z Kijowa 1, z Czernichowa w Rosji 1, z Charkowa 1, z Władykaukazu 1, z Alepo w Syrji 1. Zwiedzający klinikę pochodzili: z Kamieńca Podolskiego 1, z Kijowa 2, z Odessy 1. Jak widzimy z tego zestawienia, zaznacza się tutaj oddziaływanie kliniki, wskazane jej położeniem geograficznem Lwowa, na daleki wschód, po przez Kijów, Charków i Odessę do morza Czarnego i dalej przez Władykaukaz aż do Syrji.

Z szeregu gości odwiedzających klinikę wspomnę okulistę Doc. Dr. Szymanowskiego z Kijowa, który bawił na klinice przez kilka dni i potem opisał klinikę w języku rosyjskim: Pismo o niektórych zagranicznych ocznych klinikach, Kijów 1903, str. 35. Obok kliniki Macheka, opisanej na pierwszem miejscu, opisuje tu Szymanowski następnie klinikę Wicherkiewicza w Krakowie, Fuchsa w Wiedniu, Lapersona i Moraxa w Paryżu. Przy klinice czynnych było trzech docentów okulistyki.

W r. 1921 otwarto przy klinice „Bezpłatną poradnię okulistyczna dla niezamożnej młodzieży szkolnej lwowskich państwowych szkół średnich" na podstawie umowy zawartej między Dyrekcją kliniki okulistycznej, a Galicyjską Radą szkolną krajowa, zatwierdzonej przez delegata Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego. Poradnia ta mieściła się przez dwa lata (do 31 października 1922) w lokalnościach kliniki okulistycznej, w osobnym pokoju, miała osobnego kierownika poradni i personel pomocniczy sanitarny, własne instrumenty i leki.

Przy klinice istnieje pracownia histologiczna i bakterjologiczna, jakoteż pracownia fotograficzna z aparatem do zdjęć stereoskopowych.

Najważniejszą czynnością klinik i zakładów Uniwersyteckich jest praca naukowa. Oto leżą przed nami cztery tomy odbitek prac kliniki okulistycznej, trzy grubsze, czwarty cieńszy, bo z lat wojny. Zawierają te tomy 100 prac kliniki Prof. Macheka, przyczem nie liczone są liczne wykłady, wygłaszane w Towarzystwie Lekarskiem lub na Zjazdach naukowych, jakoteż pokazy przypadków chorobowych. Oprócz prac w języku polskim, wyszło 29 prac w języku niemieckim, 2 prace w języku francuskim i 1 praca w języku angielskim (Prof. Macheka). Kierunek prac naukowych był najczęściej anatomo-patologiczny (20 prac), a następnie obok kazuistyki (14 prac), były prace z dziedziny bakterjologii, parazytologji, serologji i biochemji (7 prac). Z historji okulistyki 6 prac, sprawozdawczo statystycznych 6 prac, wykładów klinicznych 6, prac eksperymentalnych 3, prac z zakresu operacyj ocznych 3, z zakresu terapji ocznej 3, z dziedziny patologji oka, rentgenologji, optyki okulistycznej, z dziedziny uszkodzeń oka i medycyny społecznej po jednej pracy. Wreszcie 1 atlas dydaktyczny i 1 schemat dydaktyczny. Z tego zestawienia widzimy, że niema dziedziny okulistyki, którąby na klinice Macheka nie była zastąpioną i opracowaną, a że najwięcej stosunkowo było prac z zakresu anatomo-patologicznego, świadczy to o wysokim poziomie pracy naukowej kliniki Prof. Macheka.

3) Prof. Dr. W. Reis: *O działalności naukowej Prof. Macheka* (z pokazami świetlnemi). Na samym wstępie kreśli prelegent osobiste wspomnienia prof. Macheka z Jego dwuletniego pobytu na klinice okulistycznej prof. Arlta we Wiedniu i czasy asystentury na klinice prof. Rydla w Krakowie, zakończone w r. 1882 habilitacją na docenta okulistyki. W kilka lat później przenosi się M. do Lwowa. W r. 1892 zostaje mianowany prymarjuszem oddziału ocznego powszechnego szpitala krajowego. Po objęciu tego stanowiska nietylko wznosi oddział na wyżyny nowoczesnej nauki, ale bierze ponadto ster akcji zwalczania jaglicy w swe ręce. M. pierwszy ogłasza w r. 1895 „statystykę wraz z mapką nasilenia jaglicy" w b. Galicji na podstawie zapisków komisji poborowych ogłaszanych przez Namiestnictwo, powiększa na wiosnę i w lecie oddział oczny przez pomieszczenie chorych jagliczych w baraku Czerwonego Krzyża i stwarza warunki do ambulatoryjnego leczenia jaglicy. Przy objęciu kliniki ocznej ilość chorych jagliczych w ambulatorjum klinicznem wynosiła 28% ,w ostatnich latach spadła do 7—9%.

Przy leczeniu powikłań powiekowych jaglicy (wrost rzęs) stosuje M. własną metodę operacyjną, plastykę wolnego brzegu powiekowego, ogłoszonego w r. 1897, która nietylko przyczyniła się do usunięcia jednego z najcięższych powikłań jaglicy ale znalazła oddźwięk w pracach nowszych Blaskovica, który przy opisywaniu swojej modyfikacji, w części historycznej wspomina nazwisko Macheka.

Zdolność operacyjna M. nie pozostała także bez wpływu na leczenie zaćmy starczej, która stanowiła materjał eksportowy dla zagranicy. Po wprowadzeniu udogodnień w szpitalu, liczba operowanych na zaćmę w szpitalu i na klinice tak się wzmogła, że śmiało mogły oba zakłady stanąć w statystyce Nagla obok innych zakładów zagranicznych. M. podaje własny sposób cięcia rogówkowego przy operacjach zaćmy bez irydektomji, a później także pewną modyfikację pierwszego aktu operacji zaćmy.

Obdarzony niezwykłą zdolnością obserwacyjną opisuje M. w r. 1895 po raz pierwszy kliniczny obraz półpaśca tęczówki. Późniejsi badacze niemieccy, uwzględniając zasługi M., nazwali ten obraz chorobowy w krótkości Jego nazwiskiem (Machek'sche Krankheit).

Nowa metoda operacji opadnięcia powieki polegała na stworzeniu estetycznie wyglądającego fałdu pokrywowego, którego brak było w dotychczasowych metodach operacyjnych.

Przy leczeniu pełzających wrzodów rogówki stosował M. już dawno nakłucie rogówki i wentylowanie ranki: sposób, który na zeszłorocznym zjeździe okulistów w Amsterdamie polecał jeden z młodszych okulistów czeskich.

Z większych prac Macheka omawia prelegent spostrzeżenia dotyczące „dziedziczności optycznej budowy oczów" przedstawione na zjeździe okulistów polskich we Lwowie w r. 1924. Prof. M. udało się zebrać „rodowody refrakcyjne" wielu znanych rodzin w Polsce, obejmujące nieraz 4—6 pokoleń i znaczne przestrzenie czasu, niekiedy powyżej lat 150. Rodowody te ilustrowane tablicami schematycznemi dostarczyły dużo cennych danych do dziedziczności różnych wad refrakcyjnych.

Także historja medycyny znalazła w M. swego miłośnika. Pisał artykuł „o lekarzach w Babilonji i czynności ich wchodzącej w zakres okulistyki" i pozostawił po sobie wartościową „historję okulistyki w latach 1772—1927".

W końcu wspomina prelegent o zdolności nauczania prof. M., o Jego przejrzystych wykładach, w których nieraz omawiał zagadnienia, będące znacznie później przedmiotem prac naukowych innych badaczy.

Po odczycie pokazał prelegent na ekranie szereg portretów prof. M. z różnych epok życia i fotografje dotyczące poszczególnych prac naukowych.

(Odczyt w całości ogłoszony będzie w kwartalniku okulistycznym „Klinika Oczna" z r. 1930).

4) Dr. Jerzy Grzędzielski. *O operacjach ocznych wykonywanych na klinice prof. Macheka.* Operacje rozpoczął prof. Machek dnia 22 grudnia 1898, operując w przypadku jaglicy fałszywy wzrost rzęs swoim własnym sposobem.

Od tego czasu liczba większych zabiegów operacyjnych wykonanych na klinice okulistycznej we Lwowie wahała się średnio między 700—800 rocznie. Pod tym względem klinika we Lwowie ustępowała tylko kilku wielkim klinikom zagranicznym: we Wiedniu, Berlinie, Budapeszcie i Lipsku, jak to wynika z corocznych sprawozdań w rocznikach Nagla.

Z poszczególnych operacyj wykonanych mówić należy na pierwszem miejscu o wydobyciach katarakty. Tych usuwano rocznie 200—300, z tego samych zaćm starczych 150—200.

Co do metod operowania zaćmy starczej, to używano przeważnie ekstrakcji obwodowej z wycięciem tęczówki, według Graefego. Obok tego, pewną ilość katarakt, głównie w pierwszych latach kliniki, operował prof. Machek bez irydektomji, zapomocą cięcia rogówkowego sposobem Weckera lub Pagenstechera, a raz (31 października 1900) sposobem własnym. W roku 1910 wykonano pierwszą ekstrakcję z irydektomią obwodową Hessa. Dwa razy (r. 1901 i 1913), wykonano zepchnięcie katarakty do ciałka szklistego, czyli wybrano najdawniejszy sposób operowania zaćmy.

pochodzący jeszcze z przed 2000 lat, który wyszedł z użycia już w połowie XIX wieku, jednak jeszcze okazał się potrzebnym, ze względu na niepoczytalny stan chorych.

Na marginesie ksiąg operacyjnych przy każdej operacji katarakty robione były adnotacje, tyczące się metody operacyjnej, sposobu wykonania i komplikacyj podczas zabiegu, oraz następowych wyników. Co do sposobu wykonania, to znajdujemy nieraz takie uwagi, jak „jednem cięciem" lub „jednym instrumentem", co miało oznaczać, iż operator wykonywał przecięcie torebki soczewki nożem Graefego, za jednym zamachem z cięciem płatowem. Ilość niepomyślnych wyników była bardzo mała, wahająca się około 1%.

Z innych operacyj na soczewce należy wymienić usunięcie przezroczystej soczewki, w celu usunięcia wysokiej myopji. Tą operację robiono dwa razy w r. 1908 i 1910. Polegała ona na nacięciu soczewki i następowem usunięciu zaćmy stąd powstałej zapomocą nakłucia rogówki.

Dla przyśpieszenia dojrzewania katarakty robiono wiele przygotowawczych irydektomij, niejednokrotnie i do 100 na rok. Obok tego często robiono sztuczną maturację katarakty według Förstera.

Przy jaskrze główną operacją była irydektomja, zwłaszcza przy jaskrach zapalnych, przy jaskrze prostej obok tego sklerotomja przednia Weckera. 30 października 1905 zjawia się na widowni cyklodializa Heinego, a więc bezpośrednio po jej ogłoszeniu.

Pierwsze wydobycie zapomocą elektromagnesu odłamka żelaza z oka dokonał prof. M a c h e k dnia 13 maja 1899. Ten sam elektromagnes służy dotychczas wiernie naszej klinice okulistycznej i jak dotychczas jest jedynym na cały wschodnio-południowy obszar Polski.

Z innych zabiegów, gdzieindziej nie wykonywanych, będących oryginalnym pomysłem prof. M a c h e k a, należy wymienić próby leczenia gruźlicy tęczówki zapomocą wstrzykiwań powietrza do przedniej komory oka (w r. 1903). W innem miejscu znajdujemy wzmiankę, iż raz przy irydektomji, w celu zabezpieczenia oka przed zakażeniem ze strony ropiejącego woreczka łzowego, podwiązano kanaliki łzowe (1904).

Poza temi operacjami były wykonywane wszystkie typowe zabiegi na gałce i mięśniach ocznych, które nie potrzebują osobnego omawiania.

Operacyj plastycznych wykonywano bardzo dużo i różnemi sposobami. Najliczniejsze są zabiegi skierowane przeciwko wadliwemu wzrostowi rzęs z powodu jaglicy. W latach 1898—1922 wykonano ich na klinice okulistycznej około 2000, sposobami Jäsche-Arlta, Hotza, Panasa, Watsona, Oettingena, Flarera, zapomocą kantoplastyki, oraz sposobem prof. M a c h e k a. Tym ostatnim okrągło 280 razy. Poza tem w pierwszych latach istnienia kliniki często operowano trichiasis zapomocą plastyki błony śluzowej z ust; raz do tego celu wzięto kawałek spojówki z królika. W kilkunastu przypadkach, w latach 1901—1904 operowano trichiasis zapomocą przecięcia chrząstki powiekowej według oryginalnego pomysłu prof. M a c h e k a. Ponadto robił prof. M a c h e k próby poprawiania wadliwego wzrostu rzęs zapomocą injekcji parafiny pod skórę powieki.

Przy zmianach bliznowatych powiek posługiwano się często w pierwszych latach istnienia kliniki przeszczepianiem płatów nabłonkowych sposobem Thierscha.

Wrodzone opadnięcie górnej powieki operowano przeważnie metodą M a c h e k a. Od czasu jej wprowadzenia, t. j. od r. 1907 użyto jej 13 razy. Nadmienić należy, że te przypadki są bardzo rzadkie, zjawiają się najwyżej 1—2 razy na rok.

Przy operacjach powiekowych było stosowane znieczulenie miejscowe według Schleicha, które zostało wprowadzone wkrótce po otwarciu kliniki (21 marca 1899). Przy wyłuszczaniach gałki ocznej posługiwano się też niejednokrotnie tym sposobem, lecz do czasów wojny głównie była w użyciu narkoza chloroformowa, lub chlorkiem etylu.

Kończąc ten przegląd stwierdzić należy, że sztuka operacyjna na klinice prof. M a c h e k a była postawioną wysoko, tak co do ilości i różnorodności wykonywanych zabiegów, jak i co do wprowadzenia nowych sposobów i zdobyczy technicznych. Sam też prof. M a c h e k rzucił wiele myśli oryginalnych; niektóre z nich zostały ogłoszone w Jego pracach naukowych, niektóre drzemią zagrzebane w starych księgach i historjach chorób, ale większość z nich weszła w życie i, chociaż bezimiennie, przenosi się drogą tradycji z uczniów na uczniów.

5) Prym. Dr. Albin M u s i a ł. *O cierpieniu współczulnem oka.* (Wykład będzie w całości ogłoszony drukiem).

W dyskusji Prof. Adam B e d n a r s k i nie przychyla się do poglądów, upatrujących przyczyny zapalenia współczulnego oka w gruźlicy, skłania się raczej do teorji metastatycznej Römera. Ponadto mówca wspomina o leczeniu zapalenia współczulnego abscesem fiksacyjnym.

Dr. N a r ó g Franciszek: a) *Nawrót śródbłonka spojówki gałkowej (endothelioma recidivans).*

Chory M. D., lat 20, podał, że w r. 1927 wycięto mu guzek ze spojówki gałkowej oka lewego. Po pół roku guzek zaczął znowu róść na tem samem miejscu. Guzek powstał sam przez się, uderzenia nie było. W chwili zgłoszenia się stwierdzono w kąciku wewnętrznym lewego oka guzek wielkości fasoli, owalny, zrośnięty z jednej strony z fałdem półksiężycowym, a drugą stroną zachodzący na brzeg rogówki. Guzek był spłaszczony, z licznemi naczyniami nowowytworzonemi w postaci pętli na powierzchni, widocznemi w lampie szczelinowej. Wolno przesuwał się na twardówce.

Najpierw ścięto guzek do badania histologicznego, potem całe miejsce przypalono diatermo-koagulacją, a następnie na miejsce ubytku przeciągnięto spojówkę z okolicy. Przebieg pooperacyjny był prawidłowy, ranka zagoiła się do dwu tygodni i chory widział dobrze. Stan dobry utrzymuje się od 3 lat. Badanie histologiczne, przeprowadzone przez Dr. Schusterównę, wykazało w guzku utkanie śródbłoniaka *(endothelioma)* o dość obfitem podłożu łączno-tkankowem i dużych komórkach nowotworowych z jądrami wydłużonemi o wyraźnej budowie chromatyny, ułożonemi w postaci pasm dokoła jasnych szczelin, odpowiadających światłom naczyń.

Śródbłoniaki mają charakter nowotworów dobrotliwych, nawroty zaś bywają więcej złośliwe. Przypominają swą budową nowotwory przybłonkowe (epitheliomata) lub mięsaki. Biorą one początek z angjoblastów t. j .zawiązków naczyniowych lub komórek tworzących naczynia. Opisano zaledwie 5 przypadków śródbłoniaków z umiejscowieniem na spojówce powieki lub załamka. W jednym tylko z opisanych przypadków Draka było umiejscowienie na spojówce gałkowej po stronie nosowej z punktem wyjścia z mięska łzowego. Przypadek przedstawiony jako drugi umiejscowieniem odpowiada przypadkowi Draka z tą różnicą, że jest nawrotem.

b) Czerniak (melanoma) spojówki gałkowej. W r. 1927 zgłosił się do mnie chory, l. 56, obywatel ziemski, u którego stwierdziłem ciemne zabarwienie spojówki gałkowej od dołu i zewnątrz. Chory podał, że miał to ciemne zabarwienie od 20 lat, jednakowoż stale się powiększało. Poprzednio, na półtora roku przed wystąpieniem ciemnego zabarwienia, chory miał doznać uderzenia węglem w oko w pociągu, co nie pociągnęło za sobą żadnych następstw. Na wycięcie zabarwionej spojówki i na plastykę chory w r. 1927 się nie zgodził. Po 10 miesiącach zgłosił się z bólem oka, w którem obraz uległ zupełnej zmianie. Barwik z rozległych miejsc spojówki gałkowej wywędrował i usadowił się na brzegu rogówki dołem zewnątrz w postaci solidnego guzka wielkości ziarnka grochu o zabarwieniu ciemnem. Guzek ten spoczywał w połowie na rogówce, w połowie na spojówce gałkowej. Oko było lekko zadrażnione i nieznacznie zaczerwienione z małemi bólami. Kliniczny przebieg i obraz kazał przypuszczać, że ma się do czynienia z mięsakiem, zwłaszcza że w lampie szczelinowej widziało się przerost tkanki łącznej z obfitem nagromadzeniem barwika w guzku. Zdecydowałem się na ścięcie guzka z kawałkiem zajętej spojówki, a następnie miejsce przypaliłem diatermją (elektrokoagulacja), poczem na miejsce ubytku przeciągnąłem spojówkę i założyłem 3 szwy. Po 2—3 tygodniach ranka zagoiła się w zupełności. Bystrość oka była prawidłowa. Stan zupełnie dobry oka bez śladu blizn utrzymuje się od 2 lat. Badanie histologiczne w zakładzie anatomji patol., wykonane przez Dr. Schusterównę, wykazało, że ma się do czynienia z tkanką ziarninową silnie obrzękła, której budowy dokładnie oznaczyć nie można. Wśród nacieków zapalnych obfite złogi melaniny, miejscami komórki obrzękłe, jakie spotyka się w znamionach barwikowych, wykazują, iż sprawa wzięła początek ze znamienia barwikowego. Rozpoznanie histologiczne w początkach nowotworów ze znamion barwikowych, według zdania kilku autorów, jest niepewne, o ile idzie o rozstrzygnięcie, czy ma się do czynienia ze znamieniem barwikowem, czy z nowotworem. W naszym przypadku sprawa wyszła ze znamienia barwikowego. Ciekawa jest wędrówka barwika na brzeg rogówki z odległych miejsc, by na brzegu rogówki skupić się w guzek. Guzek ten trwał zaledwie $1^1/_2$ miesiąca i miał cechy melanoma, ale nie wiadomo, czy po dłuższem trwaniu nie przyjąłby charakteru złośliwego. Znamiona bowiem barwikowe na spojówce gałkowej są bardzo niebezpieczne i prowadzą najczęściej do nowotworów złośliwych oka, jak mięsaków barwikowych, a zakończeniem sprawy jest często wyjęcie oka lub wypatroszenie oczodołu. Dlatego autorzy z ostatnich lat są zgodni, że znamiona barwikowe prowadzą najczęściej po 30 r. życia do złośliwych nowotworów i należy je zawsze usuwać diatermo-koagulacją. Również nowotwory oka leczą się najpewniej diatermokoagulacją, gdyż tkanka nowotworowa ulega martwicy, a przy zamknięciu naczyń niema obawy o przerzuty, ani o przedostanie się komórek nowotworowych przy cofaniu sią krwi do tkanki sąsiedniej. Od czterech lat mówca używa diatermo-koagulacji przy

najrozmaitszych rodzajach nowotworów jak: nabłoniaki, brodawczaki, naczyniaki, przy zrostach (symblepharon) i różnych stanach zapalnych oka z dobrym skutkiem; omówił tylko dwa przypadki nowotworów, leczonych diatermo-koagulacją, gdyż one swoim przebiegiem i rzadkością zasługiwały na wyszczególnienie.

W dyskusji zabierają głos: Dr. Musiał, Dr. Lauterstein i Dr. Luftmann.

7) Dr. L. Beer. *Przypadek przemijającej ślepoty po zatruciu chininą.* Chora J. D., l. 30, zażyła 4. IX. 1930. przez pomyłkę 15 g chininy. Utrata przytomności i ślepota przez 24 godzin. Po 48 godzinach widzi palce przed oczyma.

Przy badaniu 8. IX. wykazuje zewnętrznie maksymalnie rozszerzone źrenice o minimalnej reakcji. Dno oczu: tarcze blade, granice ich zatarte, tętnice nitkowato cienkie, żyły nieco zwężone.

Na siatkówkach wybitne zwężenie naczyń, w całości siatkówki bledsze. Dookoła plamek żółtych obustronnie pierścień ciemnowiśniowy. V. o. u. = palce przed okiem.

Po kilku dniach poprawa widzenia na oku prawem do 6/18, na lewem 2/60. Różnica wytłumaczona przebytem jeszcze w r. 1919 zapaleniem n. wzrokowych, za czem też przemawia zatarcie brzegów tarcz, szczegół dla zatrucia chininą wcale nie charakterystyczny.

Referent dopatruje się na podstawie przypadków podanych w literaturze ostatnich 15 lat w zatruciu chininą niejako jednostki chorobowej o charakterystycznej grupie objawów zewn. i wewn. Do najważniejszych należą szerokie źrenice z zmniejszoną reakcją zewn., a na dnie atroficzne tarcze z ischemiczną siatkówką. Przebieg na ogół długotrwały, rozciąga się na tygodnie i miesiące. Prognoza niepewna. Widzenie wraca wprawdzie już po 24—48 godzinach, ale jest ono nieznaczne. Poprawa przychodzi później, ale nie zawsze jest ona wybitna. Pole widzenia zawsze koncentrycznie zwężone.

Terapja polega głównie na wstrzykiwaniach dogałkowych atropiny i stosowaniu środków napotnych.

Sposób działania chininy niepewny. Zdaniem Chordaxa dochodzi obraz dna oka do skutku przez działanie zgubne chininy na naczynia końcowe, z którego to powodu powstaje anemja z następowemi zmianami elementów nerwowych. Wedle Wunderlicha wywiera chinina głównie zgubne swe działanie na aparat nerwowy. Musiał też przypisuje zgubne następstwa chininy, głównie działaniu chininy na aparat nerwowy, bo anemja nigdy nie dochodzi do tego stopnia, by wykluczyć w zupełności odżywienie dna.

Referent na podstawie powyższych spostrzeżeń dochodzi do przekonania, że główną przyczyną szkodliwości chininy w tych przypadkach było jej toksyczne działanie na aparat nerwowy, chociaż też pominąć nie można jej działania na aparat naczyniowy.

Sekretarz: *K. Budzanowski.*

Warszawskie Towarzystwo lekarskie.

Protokół Posiedzenia naukowego z dnia 21 października 1930 r.

Obecnych członków Towarzystwa 79, wprowadzonych gości 91.

1. Protokół posiedzenia naukowego z dnia 14 października 1930 r. przyjęto.

2. Kol. Prezes odczytuje tytuły prac nadesłanych do Bibljoteki Towarzystwa.

3. Kol. Prezes odczytuje życiorysy ś. p. Michała Latkowskiego oraz ś. p. Dra Aleksandra Kopczyńskiego, skreślone przez Sekretarza Stałego. Zebrani uczcili pamięć zmarłych przez powstanie z miejsc. Ś. p. Michał Latkowski urodził się w Łaguni na Ukrainie w r. 1882. Gimnazjum klasyczne ukończył w Jarosławiu nad Wołgą w r. 1900 i w tymże roku wstąpił na Wydział Lekarski Uniw. Moskiewskiego, który ukończył w r. 1909. Przez jeden rok był asystentem kliniki kobiecej Uniw. Moskiewskiego, poczem odsługiwał stypendjum rządowe jako lekarz dzielnicowy w powiecie klimowieckim ziemi Mohylewskiej.

W r. 1913 złożył egzamina na doktora medycyny Uniw. Moskiewskiego.

W r. 1914 został powołany do wojska rosyjskiego i pozostawał w niem przez $1^1/_2$ roku jako lekarz 2-go bataljonu saperów, a następnie jako st. ordynator oddz. chirurgicznego szpitala zapasowego w Nowozybkowie ziemi Czernihowskiej.

W r. 1918 powrócił do Polski i wstąpił do wojska. Od tego czasu jest lekarzem 1-go szpit. Okr. im. J. Piłsudskiego, jako młodszy, a od r. 1924 jako starszy ordynator oddziału chirurgicznego.

Członkiem czynnym T-wa Lek. Warsz. został w r. 1930.

Zmarł dnia 4 października 1930 r. Jest to więc ciężka strata dla polskiej ortopedji. Ś. p. Latkowski zapowiadał się jako siła wybitna bardzo, dużo umiał i był bardzo pracowity.

Wydał drukiem następujące prace:

1. O uruchomieniu wytwórczem stawów sztywnych. Lek. Wojsk. 1924.
2. Ręka sztuczna ruchoma po operacji Krukenberga. Przegl. Chir. 1925.
3. Mało znany sposób przeszczepiania ścięgien. Przegl. Chir. 1925.
4. Kilka uwag o zszywaniu ran postrzałowych. Lekarz Wojsk. 1926.
5. Chirurgja polowa. Wykłady dla studentów szkoły Podchor. Skrypta. 1926.
6. Szew ścięgnowy. Przegl. Chir. 1927.
7. Operacja wytwórcza po odjęciu przedramienia. Przegląd Ortop. 1928.
8. Leczenie stopy wydrążonej przeszczepianiem ścięgien. Przegl. Ort.
9. Przyczynek do leczenia złamań szyjki chir. 1929, Lekarz Wojskowy.
10. O złamaniu dolnych nasad podudzia. Lek. Wojsk. 1929 r.

Ś. p. Aleksander Kopczyński urodzony w r. 1866 w Warszawie. W r. 1884 ukończył gimnazjum IV w Warszawie, w tymże roku zapisał się na Uniwersytet Warszawski, który ukończył w r. 1890 z wynikiem *„cum eximia laude"*. W r. 1891 był lekarzem wolnopraktykującym w osadzie Zalelików w gub. lubelskiej — w r. 1892 czasowym lekarzem na kolei Moskiewsko-Brzeskiej w Smoleńsku. W r. 1894 został mianowany asystentem oddziału chirurgicznego w szpitalu św. Rocha w Warszawie. Od r. 1899 zajmuje stanowisko lekarza ambulatorjum chorób chirurgicznych w szpitalu św. Rocha.

Członkiem czynnym Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego został w r. 1900.

Zmarł dnia 13 października 1930 r.

W r. 1899 ogłosił drukiem pracę p. t.: „Resekcja stopy sposobem Obalińskiego". Gaz. lek.

4. Kol. K. Chodkowski przedstawił *„przypadek zwężenia cieśni tętnicy głównej"*. (Streszczenie własne).

U 23-letniego ślusarza z rozpoznaniem klinicznem ostrego zapalenia wsierdzia z następczą niedomykalnością lewego ujścia żylnego znaleziono na sekcji wybitne przewężenie pnia tętnicy głównej między odejściem lewej tętnicy podobojczykowej, a ujściem przewodu tętniczego Botalla. W miejscu tem, po otwarciu stwierdzono okrężny fałd półksiężycowaty, wpuklający się do światła tętnicy i jej przedniej ściany. Między fałdami znajdował się mały uchyłek ściany. Ujście przewodu tętniczego leżało poniżej fałdu okrężnego; od strony tętnicy płucnej przewód był zarośnięty. Pozatem w sercu znaleziono wrzodziejące zapalenie zastawek półksiężycowatych tętnicy głównej, zapalenie przewlekłe i zwyradniające nacieczenie tłuszczowe mięśnia. W nerce lewej były dwa małe zawały blade.

Krążenie było wyrównane przez następujące połączenie:

1) wewnętrznej tętnicy sutkowej od tętnicy podobojczykowej z tętnicami międzyżebrowemi od piersiowej części tętnicy głównej;

2) górnej tętnicy nadbrzusznej od wewnętrznej tętnicy sutkowej z dolną tętnicą nadbrzuszną od zewnętrznej tętnicy biodrowej oraz z tętnicami lędźwiowemi od brzusznej części tętnicy głównej;

3) tętnicy osierdziowo-przeponowej i mięśniowo-przeponowej od wewnętrznej tętnicy sutkowej z tętnicami przeponowemi górnemi i dolnemi od piersiowej i brzusznej części tętnicy głównej;

4) bocznej tętnicy piersiowej od tętnicy pachowej z tętnicami międzyżebrowemi od piersiowej części tętnicy głównej;

5) zstępującej gałęzi tętnicy poprzecznej szyi od pnia tarczowo-karkowego tętnicy podobojczykowej z gałązkami grzbietowemi tętnic międzyżebrowych od piersiowej części tętnicy głównej.

Zwężenia cieśni mogą umiejscawiać się bądź między lewą tętnicą podobojczykową i ujściem przewodu tętniczego Botalla, bądź w miejscu ujścia przewodu. Pierwsze spotykamy prawie wyłącznie u noworodków, drugie u dorosłych. Przedstawiony przypadek zwężenia należy zaliczyć do zwężeń pierwszego rodzaju. Zarośnięcie cieśni spotykamy znacznie rzadziej, niż zwężenie (stosunek 1 : 7).

Do zasadniczych objawów klinicznych typowych postaci zwężeń zaliczamy:

1) Szmer skurczowy w górnym odcinku mostka (charakter szmeru jest zmienny: chuchający, miękki, trący), często doskonale słychać go w okolicy międzyłopatkowej.

2. Różnica w zachowaniu się tętna na kończynach górnych (tętno tętnicy promieniowej jest mocne, łatwo wyczuwalne, dobrze wypełnione) i dolnych, (tętno tętnicy udowej i grzbietowej stopy — ledwo lub zgoła niewyczuwalne, małe, słabo wypełnione). W du-

żych zwężeniach tętna wymienionych tętnic mogą być niewspółmierne.

3) Różnica parcia krwi w obrębie kończyn górnych i szyi (obszar wysokiego parcia) i dolnych (obszar niskiego parcia), jak również znaczna różnica między parciem skurczowem i rozkurczowem.

4) Istnienie powierzchownych dróg krążenia ubocznego (objaw niestały). Duże znaczenie mogą mieć pomocnicze badania kliniczne, tętna, badania włośniczek palców rąk i nóg (kapilaroskopja). jak: prześwietlanie i zdjęcie rentgenowskie, metody wykreślne tętna, badania włośniczek palców rąk i nóg (kapillaroskopja).

W postaciach poronnych, częstszych niż typowe, nie stwierdza się szmeru; zwężenie bowiem jest za małe, by mogło go spowodować.

1) Rozszerzenie lub tętniaki (rozlane, workowate, rozdzielające), części wstępującej i łuku tętnicy głównej lub ich gałęzi (często tętnicy mózgu), około 12% pęknięć (wysiłki fizyczne).

2) Zapalenia wsierdzia, mięśnia sercowego i błony wewnętrznej tętnicy głównej.

3) Zwyradniające nacieczenie tłuszczowe mięśnia sercowego.

4) Miażdżyca tętnic obszaru wysokiego parcia.

5. Kol. Witold Orłowski wygłosił odczyt p. t.: *„patogeneza przewlekłej niewydolności krążenia ze szczególnem uwzględnieniem teorji obwodowo-mięśniowej Eppingera"*. Część I. Kształtowanie się poglądów na patogenezę przewlekłej niewydolności krążenia (streszczenie własne).

Autor omawia teorje powstawania przewlekłej niewydolności krążenia sercową oraz obwodową, w tem udział układu tętniczego, żylnego, włoskowatego, w myśl badań Krogha magazynów krwi, tętniczek ustrojowych, wreszcie, teorję Eppingera.

6. Kol. S. Cytronberg z serji *„Badań doświadczalnych nad czynnością wydzielniczą i chłonną jelita cienkiego"* wygłosił doniesienie II p. t.: *„Wpływ pożywienia na ilość i jakość wydzieliny jelitowej"* (streszczenie własne). Prelegent przeprowadził szereg doświadczeń na psach z przetoką jelitową nad wpływem pożywienia na ilość i jakość soku jelitowego i przyszedł do wniosków następujących:

1) Pożywienie, podawane w ciągu kilku do kilkunastu dni, wywiera pewien wpływ na wydzielanie jelitowe.

2) Wpływ ten zaznacza się szczególnie wyraźnie przy bezpośrednim przejściu z jednego rodzaju pożywienia na drugi. Jeżeli natomiast pomiędzy dwoma okresami podawania różnego pożywienia jest dłuższa przerwa (od paru do kilku tygodni), wówczas różnice w wydzielaniu jelitowem zacierają się. Chcąc więc wejrzeć w sprawę wpływu pożywienia na ilość i jakość soku jelitowego należy na każdym psie przeprowadzić możliwie większą liczbę doświadczeń, postępując w ten sposób, że zmienia się pożywienie kilkanaście, a co najmniej, kilka razy. Wyniki zestawienia ilości i cech soku wydzielanego po wszystkich okresach różnego pożywienia, wskażą wtedy cechy wydzielania jelitowego, mniej lub więcej swoiste, dla każdego rodzaju pożywienia.

3) W tych doświadczeniach należy pamiętać o następujących okolicznościach: a) pętle wyodrębnione muszą pochodzić z tego samego odcinka, b) ich długość winna być możliwie jednakowa, c) sposób, czas zgłębnikowania przetoki, tryb życia zwierząt i t. d. winny być jednakowe, d) nie wolno w międzyczasie przeprowadzać na zwierzętach jakichkolwiek innych doświadczeń.

4) Obok pożywienia na wydzielanie jelitowe wpływa jeszcze szereg innych czynników, do których przypuszczalnie należą: rasa, wiek, płeć, czynniki nerwowo-odruchowe i psychiczne, napięcie układu wegetatywnego, czynność gruczołów dokrewnych i t. d.

5) W ramach tych zastrzeżeń autor stwierdza, że po diecie mieszanej, obfitej w węglowodany, ilość godzinna soku jelitowego jest największa, nieco mniejsza po pożywieniu wyłącznie mlecznem, jeszcze mniejsza po wyłącznie mięsnem, najmniejsza po głodzie.

6) Zwierzę młodsze lub mniejsze wydziela naogół nieco więcej soku na 1 kg wagi, niż starsze i większe.

7) Ciężar właściwy: wskaźnik refraktometryczny soku jest największy po pożywieniu wyłącznie mięsnem, nieco mniejszy po mieszanem, jeszcze mniejszy po pożywieniu wyłącznie mlecznem. To samo dotyczy zawartości składników sformowanych (kw. leuko — i limfocytów, nabłonków, kryształików i t. d.).

8) Napięcie powierzchniowe nie wykazuje zależności od pożywienia.

9) Lepkość płynnej części soku jest najbardziej stałą cechą fizyczno-chemiczną soku. Jelito reguluje lepkość swej wydzieliny przy pomocy większej lub mniejszej ilości składników sformowanych.

10) pH soku nie wykazuje zależności od rodzaju pożywienia. Prawdopodobnie wpływ pożywienia jest tutaj zamaskowany wskutek obecności znacznej ilości tłumików w soku jelitowym.

11) Zasób zasad soku jest największy po pożywieniu mlecznem, nieco mniejszy po mieszanem, najmniejszy po wyłącznie mięsnem.

12) Stężenie chloru jest naogół równoległe do stężenia chloru we krwi, wykazuje atoli większe wahania.

13) Zawartość azotu pozabiałkowego jest w soku zwierzęcia starszego większa, niż w soku młodszego, stosownie do takiegoż samego zachowania się zawartości azotu pozabiałkowego we krwi.

W dyskusji kol. Bączkiewicz przypomina badania Nenckiego i Jakowskiego nad sokiem jelitowym człowieka. W odpowiedzi, kol. Cytronberg stwierdza, iż w pracy przygotowanej do druku pracę Nenckiego omówił.

Posiedzenie naukowe z dnia 28 października 1930 r.

Obecnych członków T-wa 74, wprowadzonych gości 91.

1. Protokół posiedzenia naukowego z dnia 21. X. 1930 roku przyjęto.

2. Kol. Prezes odczytuje tytuły prac nadesłanych do Bibljoteki Towarzystwa, oraz składa podziękowanie Wiceprezesowi kol. L. Paszkiewiczowi za wzbogacenie zbiorów Towarzystwa cennemi darami.

3. Kol. Higier H. przedstawia przypadek: *„Porażenie mięśni okresowe rodzinno-dziedziczne (paralysis muscolorum paroxysmalis heredofamiliaris")*. (Streszczenie własne).

Higier demonstruje członka rodziny, której cztery pokolenia dotknięte są rzadkiem cierpieniem, opisanem przed laty przez Westplatza jako *paralysis muscolorum paroxysmalis*. Jako czynniki wywołujące napad podkreśla zarówno chory jak jego bliżsi i dalsi krewniacy: zbyt obfite dania wieczorne, brak ruchu po jedzeniu, białe pieczywo pszenne, dłuższe leżenie, alkohol. Napady lekkie, szybko przemijające są częste, napady ciężkie z zupełnem porażeniem, brakiem odruchów i pobudliwości mechanicznej i elektrycznej mięśni i nerwów są rzadkie. W tej rodzinie głównie dotknięci są mężczyźni, i to już w wieku dziecięcym. Higier zwraca uwagę, że rozpoznanie tego cierpienia, o ile się je zna, jest bardzo łatwe. Dwa razy spotkał obraz kliniczny podobny do tej myastenji: 1) raz przy otruciu barem podczas wojny, gdy fałszowano białą mąkę ciężką solą siarczanu baru, 2) drugi raz przy leczeniu tężca dużemi dawkami siarczanu magnezu i wywołaniu tą drogą zupełnej paraplegji z arefleksją i hypotonją bezbolesną, w kilkanaście godzin przemijającą.

Chorobę tę, naogół bardzo rzadką, spotyka się u nas o wiele częściej, niż gdziekolwiek w Europie. Z Japonji sygnalizują w ostatnich latach szereg takich chorych bez tła rodzinno-dziedzicznego. Adrenalina i pilokarpina przeważnie wpływają na hamowanie i występowanie napadów porażennych. Przedstawili i opisywali u nas tego rodzaju wypadki: Goldflam, Higier, Orzechowski, Puławski i Szuchanowicz.

4. Kol. Skłodowski i Sznajderman przedstawiają *„Dwa przypadki przewlekłego zapalenia opon niewiadomej etjologji, leczone odmą"*. (Streszczenie własne).

Przedstawione przypadki są przykładami obostrzeń zmian oponowych, w następstwie zastoju płynu w komorach i popraw po ustąpieniu zastoju. Niedrożność systemu komorowego, a następnie przywrócenie drożności zostało ściśle stwierdzone w obu przypadkach zapomocą encefalografji.

Przypadki te dotyczą chorych przeniesionych na Klinikę Neurologiczną z oddziału Dra Skłodowskiego dla kontynuowania leczenia. Pierwszy dotyczy chorego lat 43, dotychczas zupełnie zdrowego. Zachorował nagle dnia 14 lutego 1930 r. po przespaniu nocy przy mocno napalonym piecu; obudził się nazajutrz wpółprzytomny, z silnemi bólami głowy, z wymiotami, miał mieć wysoką gorączkę, oraz niepokój ruchowy. Badanie na oddziele w 2 dni od początku choroby wykazywało ciepłotę dochodzącą do 39,8°; zwolnienie tętna, senność, nieznaczne zamroczenie oraz silnie wyrażone objawy oponowe. Nakłucie lędźwiowe dało płyn mętny pod bardzo wysokiem ciśnieniem, meningokoków w preparacie, ani w posiewie nie stwierdzono; badanie na prątki Kocha wypadało ujemnie. W płynie same ciałka wielojądrzaste. 20 lutego przepłukano choremu na 3-cim pawilonie kanał rdzeniowy 50 cm^3 płynu fizjologicznego: dnia 22 lutego powtórzono zabieg; ciepłota nieco opadła, lecz na krótko; stan przedmiotowy i podmiotowy pozostawał prawie bez zmiany. Wobec tego dnia 26 lutego wprowadzono choremu drogą doledźwiową surowicę meningokokową wieloważną. Ciepłota opadła, na kilka dni poprawił się również stan podmiotowy. Trwało to jednak bardzo krótko, poczem gorączka podniosła się znów do 39°, samopoczucie

znacznie się pogorszyło, chory był zamroczony i w tym stanie został przeniesiony do Kliniki dla dalszego leczenia. Stan podmiotowy przedstawiał się następująco: chory zamroczony, narzeka na bardzo silne bóle głowy, euforyczny, ciepłota 39°, bradykardja, słabo wyrażone objawy oponowe. Dno oka w normie. Nakłucie lędźwiowe daje płyn mętny. Ciśnienie 400 (siedząca pozycja), ciałek 1200 w 1 mm³ (wielojądrzastych); białko 15-krotnie zwiększone; Nonne-Apelt (++++), drogą dolędźwiową wpuszczono choremu 70 cm³ powietrza po uprzedniem wypuszczeniu tej samej ilości płynu m.-rdz. Ciśnienie w miarę wypuszczania płynu opadało. Zdjęcie rentgenologiczne wykazało jedynie wypełnienie powietrzem przestrzeni podpajęczynówkowych oraz zbiorników, natomiast komory nie uwydatniły się. Jeszcze trzy dni po odmie trwał u chorego taki sam stan, jak poprzednio, dopiero od 4-go dnia datuje się polepszenie; zamroczenie ustąpiło, ciepłota opadła do 37°, bóle głowy ustąpiły, powtórne zdjęcie rentgenologiczne nie wykazywało już śladów powietrza w mózgu. Od tego czasu poprawa u chorego postępuje. 4 kwietnia odma podpotyliczna: płyn przejrzysty w pierwszej porcji 60 ciałek w 1 mm³ z dwukrotnie wzmożonem białkiem i słabo dodatnim odczynem Nonne-Apelta. Wpuszczono 80 cm³ powietrza po uprzedniem wypuszczeniu takiej samej ilości płynu; w ostatniej porcji płynu 28 ciałek w 1 mm³, dwukrotnie wzmożone białko i słabo dodatni Nonne-Apelt. Bóle głowy przez 2 dni po odmie duże. Zdjęcie poodmowe wykazało teraz wypełnienie komór, wcale nie rozszerzonych. Nakłucie lędźwiowe wykonane w 5 dni potem wykazało płyn zupełnie normalny. Chory został po kilku dniach wypisany, zupełnie zdrów. Stan ten trwa do dnia dzisiejszego.

Jak wynika z powyższego, mieliśmy u naszego chorego do czynienia z ostrem zapaleniem opon mózgowych niewiadomego pochodzenia. Zapalenie to przewlekało się, jak należy sądzić, z tego powodu, że w przebiegu doszło do zamknięcia przez zlepy ujść odpływowych z komór. W okresie ostatecznej poprawy, odma zastała to ujście rozwarte. Stąd należy wnosić, że powodem przeciągania się stanu zapalnego był zastój płynu m.-rdz. w komorach, a źródłem poprawy — przywrócenie możności odpływu. O tem możemy powiedzieć napewno. Czy spowodowane to zostało przez wprowadzenie powietrza, tego nie jesteśmy w stanie udowodnić, jednak w klinice obserwowaliśmy już wielokrotnie tego rodzaju opóźnione poprawy, występujące dopiero w kilka dni po wprowadzeniu powietrza.

Przypadek drugi tyczy się chłopca lat 17. Początek cierpienia datuje się od sierpnia 1929 roku. W tym czasie chory po raz pierwszy został umieszczony w szpitalu Dzieciątka Jezus na oddziele Dra S k ł o d o w s k i e g o z powodu silnych bólów głowy i brzucha. Poprzednio miał być zupełnie zdrów. Badanie przedmiotowe przedstawiało się następująco: ciepłota 38°, tętno 64, zaznaczone objawy oponowe, bardzo osłabione odruchy ścięgn.-okostn., płyn m.-rdz. zawierał 30—40 ciałek w 1 mm³ (wyłącznie limfocyty), białko 0,2 *pro mille*, Nonne-Apelt słabo dodatni. Po nakłuciu stan chorego poprawił się. Powtórne nakłucie w 8 dni po pierwszem, dało płyn o bardzo wysokiem ciśnieniu z 240 limfocytami; kilkakrotne badanie płynu na prątki Kocha dały wynik ujemny, jak również szczepienie płynu śwince morskiej; we krwi stale leukocytoza obojętnochłonna, wynosząca 17.000 ciałek. Po 6 tygodniowym pobycie chorego na oddziale Dra S k ł o d o w s k i e g o, chory wypisał się z poprawą. Ponowne nakłucie wykonane 3 dni przed wypisaniem się dało 126 limfocytów w 1 mm³. Przez pół roku pobytu w domu chory czuł się zupełnie dobrze i chodził do szkoły. 1 marca 1930 roku chory był znów zmuszony zapisać się do szpitala z powodu silnych bólów głowy i wymiotów. Bóle te stawały się coraz gwałtowniejsze, wymioty uporczywsze, występowały przy najlżejszym nawet ruchu. Przedmiotowo: stan podgorączkowy, tętno 60, objawy oponowe wybitne, znaczna sinica rąk i nóg; płyn m.-rdz. o wysokiem ciśnieniu zawierał 50 limfocytów w 1 mm³, białka 0,25‰. Posiew ujemny. Wassermann we krwi i w płynie ujemny. Leczenie aurosanem bez wpływu. Dnia 6 kwietnia został przeniesiony do kliniki. Chory uskarża się w dalszym ciągu na stałe silne bóle głowy, nasilające się napadowo do takiego natężenia, że stawały się niemożliwe do zniesienia (chory wtedy przeraźliwie krzyczał) występowały one bez powodu, lecz najczęściej przy lekkim nawet ruchu głowy. Wymioty bezustannie. Głowa w przykurczu zgięta ku tyłowi. Pozatem turgor twarzy, silne uwydatnienie naczyń na skroniach, zastoina na lewem oku, na prawem nieznaczne zatarcie granicy skroniowej tarczy (w odwrotnym obrazie), visus 5/6 obuocznie, silnie wyrażone objawy oponowe, oczopląs paretyczny przy spojrzeniu na boki, głównie na prawo, hypotonja kończyn.

Nakłucie lędźwiowe: ciśnienie płynu 560—360 (pozycja leżąca), limfocytów 23 w 1 mm³, Nonne-Apelt (++), białko dwukrotnie wzmożone; w kamerze Alzheimera głównie limfocyty. Po nakłuciu stan bez zmiany, lecz z czasem zastoina na dnie oka większa, ostrość wzroku 1/2 obuocznie. Chory został poddany naświetlaniom Roentgena splotów naczyniastych. Nieznaczna ulga po naświetlaniach trwała tylko kilka dni.

Dnia 6 maja wykonaliśmy u chorego odmę mózgową, chory otrzymał drogą dolędźwiową 40 cm³. Ciśnienie początkowe 460 (pozycja leżąca). W miarę wypuszczania płynu ciśnienie obniżało się i spadło pod koniec odmy do 80. Bóle głowy w czasie odmy nie spotęgowały się. Zdjęcie poodmowe rentg. nie wykazało powietrza w mózgu. Czwartego dnia po odmie stan chorego uległ radykalnej zmianie: bóle głowy ustąpiły, również wymioty, chory odczuwał jedynie zawroty głowy, łaknienie lepsze. Poprawa stale postępowała. Dnia 22 maja powtórzono odmę, o którą zresztą sam prosił. W pierwszej porcji płynu m.-rdz. 18 limfocytów. Już w czasie odmy chory począł narzekać na bóle w karku, później w czole, coraz silniejsze. Zdjęcie poodmowe wykazało wypełnione komory, znacznie powiększone. Następnego dnia po odmie bóle głowy ustąpiły. Stan chorego poprawiał się w dalszym ciągu, co trwa do dnia dzisiejszego.

Jak wynika z powyższego, mamy tu do czynienia z przewlekłem zapaleniem opon z następującemi cechami: skłonność wybitna do remisji, neutrofilja stała we krwi, pleocytoza limfocytarna w płynie m.-rdz. tło niewątpliwie niegruźlicze.

Przez wykluczenie jesteśmy skłonni myśleć o tle wągrowatem tego niezwykłego zapalenia opon. I tutaj stwierdziliśmy zrazu zastój komorowy z trudnością odpływu płynu m.-rdz. z komór do przestrzeni podpajęczynówkowej. W okresie poprawy zastoju tego nie było, na dowód, że zastój płynu był właśnie powodem pogarszania się stanu. Ustąpienie tego zastoju, oczywiście nie może wpłynąć na stan chorobowy zasadniczy, jeśli chodzi o wągrowatość, w każdym jednak razie dało choremu znakomitą ulgę. W przypadku tym poprawa po odmie nastąpiła dopiero po kilku dniach. Z tego powodu nie możemy z całą stanowczością utrzymywać, że dzięki powietrzu nastąpiło wybicie otworu w zlepach zamykających otwory komorowo-pajęczynówkowe. Jest jednak wielce prawdopodobnem, że powietrze przemieszczając się ciągle, drenując przestrzenie podpajęczynówkowe jedne po drugich przebija ostatecznie obszary podpajęczynówkowe zatkane plastyczną wypociną koło otworów Magendi i Luschki i tak przedostaje się dopiero po kilku dniach do komór.

Dyskusja. Kol. H i g i e r (streszczenie własne) omawiając epikryzę obu przypadków, zwraca uwagę na brak czynnika etjologicznego natury zapalnej. Mnożą się w ostatnich latach analogiczne przypadki, opisywane na półwyspie skandynawskim i we Francji. Co do drugiego spostrzeżenia, to wobec nawrotowego przebiegu H. nie wykluczyłby ostatecznie *meningitis cysticercosa* lub sprawy nowotworowej. Odma czaszkowa, czyli wprowadzenia powietrza drogą wewnątrzlędźwiową lub przez *cisterna cerebello-medullaris*, dokonywanych u wspomnianych chorych dała wyniki świetne, gdy powietrze, pod dużem ciśnieniem przedostając się rozrywa zrosty, wydmuchuje ropę z uchyłków ukrytych, kanalizuje drogi podoponowo-nadkorowe i przywraca normalne krążenie płynu mózgowo-rdzeniowego. Odmę jako poważną metodę rozpoznawczą (B i n g e l, D a n d y) wykorzystują ostatnio też jako metodę leczniczą, u nas głównie klinika neurologiczna.

Kol. F i l i ń s k i podaje opis 2 przypadków obserwowanych przez siebie. W pierwszym — obraz nawrotowego zapalenia opon, z pleocytozą limfocytarną, zakończony podczas nawrotu śmiercią, w drugim — wśród klinicznego obrazu ostrego zapalenia opon, płyn mózgowo-rdzeniowy bez zmian. W obu płyn m.-rdz. okazał się jałowy. Oprócz tego przytacza mówca przypadek z piśmiennictwa, w którym objawy oponowe stawiano w związek z jadem wywołującym opryszczkę.

5. Kol. W. O r ł o w s k i wygłosił część II odczytu o „*Patogenezie przewlekłej niewydolności układu krążenia ze szczególnem uwzględnieniem teorji obwodowo-mięśniowej Eppingera*" p. t. „*Teorja Eppingera w świetle krytyki*", (streszczenie własne).

Dla uznania teorji E p p i n g e r a powinna ona, zdaniem autora, zadość uczynić następującym warunkom: a) opierać się na licznym materjale, który musi być dobrze opracowany ze stanowiska klinicznego, b) zastosowane metody powinny być możliwie dokładne, a samo ich wykonanie ścisłe, c) powinna być szeroko uwzględniona kontrola badaniem na ludziach zdrowych oraz osobach z sercem zdrowem, cierpiących na choroby innych narządów i układów, d) interpretacja wyników powinna być bardzo ostrożna, e) przesłanki dla teorji powinny być niewątpliwe. Wreszcie, należy udowodnić, że zaburzenia przemiany materji w odcinku mięśniowym są przyczyną nie zaś następstwem niewydolności krążenia. Prelegent szczegółowo analizuje z tego stanowiska prace E p p i n g e r a i jego współpracowników. Na podstawie tej analizy, danych piśmienniczych oraz badań wykonanych w II klinice Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Warszawskiego

przez Apfelbauma, Cytronberga, Filińskiego, Fidlera, Goreckiego, Reicher, Sterling-Okuniewskiego, Szczepańskiego i Węgierkę, autor dochodzi do wniosku, że prace Eppingera i jego współpracowników upoważniają narazie tylko do wniosków następujących: 1) zużycie tlenu u chorych sercowych w okresie niewyrównania jest b. często zwiększone już w spoczynku; to wzmożenie wzrasta jeszcze bardziej podczas pracy i pozostaje na wyższym poziomie przez czas dłuższy, niż u osób zdrowych, 2) poziom kwasu mlecznego we krwi tych chorych po pracy jest wyższy przez dłuższy okres czasu, niż u osób zdrowych, 3) nasycenie ich krwi tętniczej tlenem jest prawidłowe, o ile niema większych powikłań ze strony płuc, natomiast 4) wykorzystanie tlenu w mięśniach jest przeważnie gorsze, niż u osób ze zdrowym układem krążenia.

Ostateczne wnioski prelegenta głoszą:

1. Prawidłowy stan krążenia warunkuje harmonijna współpraca serca i szeroko pojętego obwodu krążeniowego.

2. Równowaga krążeniowa utrzymuje się przedewszystkiem dzięki przystosowaniu się serca.

3. Wyłączna lub chociażby przodująca rola układu mięśniowego w powstawaniu przewlekłego niewyrównania krążenia u chorych sercowych nie jest udowodniona.

4. W przewlekłych zaburzeniach wyrównania serca główną rolę patogenetyczną odgrywa serce; zmiany na obwodzie krążeniowym i w narządach są następowemi i mogą przyczyniać się do podtrzymania niewyrównania. W tym więc okresie przewlekłe niewyrównanie krążenia nie jest samą tylko *myopathia cordis*, ani *myopathia vascularis*, ani *myopathia cardiovascularis*, lecz *organopathia universalis* z punktem wyjścia w sercu.

5. W leczeniu przewlekłych zaburzeń wyrównania należy przedewszystkiem skierować uwagę na stan serca. Głównem zadaniem leczniczem powinno być podniesienie jego sprawności zarówno zabiegami, które działają na serce bezpośrednio, jak i przez zmniejszenie przeszkody dla jego pracy (usunięcie obrzęków, przesięków surowiczych i t. d.); w tych warunkach pewną rolę mogą odegrać i zabiegi o działaniu-naczyniowem, które same przez się są tu bezskuteczne.

6. W ostrych zapadach główną rolę odgrywa obwód naczyniowy; tu więc jest właściwa domena leków naczyniowych, które powodują skurcz drobnych naczyń, zwłaszcza włosowatych, i sprzyjają przez to przypływowi krwi do serca, mózgu i innych narządów.

Sekr. doroczny: *Jan Roguski.* Prezes: *Witold Orłowski.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Warszawskie Towarzystwo Ginekologiczne przyznało następujące nagrody konkursowe za rok 1930. Z funduszu im. Teodora Borysowicza trzy równoznaczne nagrody: Ryszardowi Truszkowskiemu za pracę p. t. „W sprawie płciowego hormonu żeńskiego". Marji Wojtulewiczównie za pracę p. t. „Następstwa poronień". Wacławowi Jastrzębskiemu i Stanisławowi Kroszczyńskiemu za pracę p. t. „Zawartość oksytoksyny we krwi rodzących". Wszystkie wyżej wymienione prace zostały wygłoszone w r. 1930 w formie odczytów na posiedzeniach W. Tow. Gin. Z funduszu im. Aleksandra Rosnera dwie równoznaczne nagrody: Marcie Erlichównie za pracę p. t. „W sprawie odżywiania noworodków zdrowych i chorych" i Władysławowi Deringowi za pracę p. t. „Następstwa sztucznych poronień".

Zarząd Związku Przeciwwenerycznego. Protokół Nr. 13. posiedzenia Zarządu Związku Przeciwwenerycznego z dnia 19 grudnia 1930 r. 1) Przyjęto protokół posiedzenia z dnia 7 listopada 1930 r. 2) Uchwalono podnieść składkę członkowską dla Magistratu miasta Stryja do 100 zł na r. 1931. 3) Uchwalono zwrócić się listownie z prośbą o wpłacenie składek członkowskich do tych członków Związku Przeciwwenerycznego, którzy nie wpłacili składek za r. 1930. 4)Sekretarz zdał sprawę z delegacji do Torunia, Gdyni i Skierniewic. 5) Uchwalono przyjąć do Związku Towarzystwo „Polski Czerwony Krzyż".

Posiedzenie naukowo-wwyborcze Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego odbyło się we wtorek dn. 17 lutego 1931 r. o godz. 8-mej wiecz. 1. Wł. Mikułowski. a) Przypadek kokluszowego zapalenia mózgu u dwuletniego dziecka kiłowego (pokaz). b) Przypadek niedomogi szpikowej o typie agranulocytozy Schultz'a u dziecka czteroletniego (pokaz). 2. E. Obstaender i J. Grabarz. Dystrophia pluriglandularis neofibromatosa. (pokaz). 3. Br. Stępień. Padaczka na tle wągrowatości opon mózgowych (pokaz). 4. J. W. Grott, R. Sztajer i M. Zaleski. Przypadek gruźlicy układu chłonnego (pokaz). 5. Zdz. Galinowski i J. W. Grott. Przypadek skazy krwotocznej małopłytkowej u ciężarnej z obrazem ciężkiej niedokrwistości, jako przyczynek do powstawania krwotoczności małopłytkowej i niedokrwistości aplastycznej.

Dr. Wacław Lilpop został mianowany prowizorycznym ordynatorem oddziału urologicznego w szpitalu Przemienienia Pańskiego w Warszawie.

Doc. Dr. Adolf Wojciechowski został mianowany ordynatorem oddziału chirurgiczno-ortopedycznego w szpitalu im. Marszałka Piłsudskiego w Warszawie.

Kraków.

Subwencje na badania raka i chorób wenerycznych. Polska Akademja Umiejętności rozda w kwietniu b. r. z funduszu śp. Pawła Tyszkowskiego subwencje na rok 1931 na badania przyrodnicze i lekarskie przedewszystkiem mające łączność z poznaniem istoty choroby raka i chorób wenerycznych lub ich leczeniem. Ubiegający się o te subwencje mają wnosić podania do P. A, U. do 15 marca 1931 r. z wymienieniem, jakie badania zamierzają prowadzić i jaka kwota na nie byłaby potrzebna, oraz wykazać, iż zajmowali się już poprzednio badaniami naukowemi.

Towarzystwo lekarskie Krakowskie. We środę, dnia 18 lutego 1931 r. obyło się o godz. 7 wieczorem w sali Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego ul. Radziwiłłowska l. 4. zwyczajne naukowe posiedzenie Towarzystwa Lekarskiego z następującem porządkiem dziennym: Doc. Dr. Szymanowicz: Demonstracje chorych. Dr. Leonard Halpern wygłosi odczyt pod tytułem: Gastrofotografja — jej znaczenie kliniczne na podstawie doświadczeń I Kliniki chorób wewnętrznych (pokazy zdjęć).

Krynica.

Stowarzyszenie lekarzy w Krynicy ogłasza konkurs na pracę z zakresu balneologji krajowej ze szczególnem uwzględnieniem Krynicy na następujących warunkach: 1) Prace mają być nadesłane najdalej do dnia 15 listopada 1931 r. pod adresem Zarządu Stowarzyszenia lekarzy w Krynicy. 2) Praca ma być zaopatrzona godłem, do niej zaś ma być dołączona, zaklejona koperta, oznaczona zewnątrz tem samem godłem, wewnątrz zaś zawierająca imię i nazwisko oraz adres autora. 3) Prace mają być pisane na maszynie w 6 egzemplarzach. 4) Stowarzyszenie wyznacza dwie nagrody za najlepsze prace, a mianowicie w kwocie 1.500 i 1.000 zł. Stowarzyszenie zastrzega sobie inny rozdział nagród, albo nawet nieudzielenie żadnej nagrody, gdyby żadna praca nie odpowiadała warunkom podanym lub nie stała na dość wysokim poziomie naukowym. 5) Sąd konkursowy składać się będzie z profesorów i docentów Uniwersytetów polskich i wyda swą opinję do dnia 2 stycznia 1932 r., w którym to dniu nastąpi otwarcie kopert nagrodzonych prac i przyznanie nagród. Dr. Daniel Hirszbajn, sekretarz. Dr. Ludwik Korybut Daszkiewicz, prezes.

Lwów.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. IV. posiedzenie naukowe odbyło się 13 lutego b. r. z następującym programem: 1) Odczytanie protokołu z poprzedniego posiedzenia. 2) Kol. A. Nadel: Przypadek induratio penis plastica. 3) Kol. W. Lewiński: Pokaz preparatów anatomo-patologicznych. 4) Kol. W. Seidel: Wykład p. t. „Nowsze prądy w wodolecznictwie w schorzeniach narządu krążenia".

Doroczne Walne Zgromadzenie Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego, Oddział lwowski, odbyło się dnia 5 lutego b. r. Wybrano Zarząd w następującym składzie: Prezes: Prof. Dr. Jan Lenartowicz. Zast. prezesa: Dr. Fryderyk Goldschlag. Sekretarz: Dr. Klemens Kauczyński. Skarbnik: Dr. Henryk Mierzecki. Członkowie Zarządu: Prym. Dr. Stanisław Ostrowski. Do Komisji rewizyjnej powołano: Dr. Zdzisława Kotiersa i Dr. Michała Salpetera.

Program IV. Zjazdu Pedjatrów Polskich oraz I. Walnego Zebrania Polsk. Tow. Pedjatr. we Lwowie od 23. V. — 27. V. 1931. Sobota 23. V. 1931. g. 17. Posiedzenie dotychczasowego Centralnego Zarządu Polsk. Tow. Pedjatr. z następującym porządkiem dziennym: Sprawy organizacyjne Zjazdu. (Ref. Prof. Gröer). Zmiana statutu P. T. P. i wnioski personalne. (Ref. Prof. Gröer). Przygotowanie sprawozdania kasowego i wybór Komisji szkontrującej (Ref. Skarbnik). Wolne wnioski. Miejsce posiedzenia: Sala

wykładowa Kliniki pedjatrycznej U. J. K. Głowińskiego 5. g. 21. Wieczór zapoznawczy w Hotelu Krakowskim. Strój zwykły.

Niedziela 24. V. 1931. g. 10. Otwarcie Zjazdu przez Jego Magnificencę Pana Rektora w auli Uniwersytetu. Przemówienie Sekretarza stałego Polsk. Tow. Pedjatr. Przemówienie Prezesa Komitetu Organizacyjnego. Wykład inauguracyjny Prof. Lewkowicza (Kraków): „Odporność w zakażeniach, a soki ustroju". g. 15—18. Referat programowy: „O zwalczaniu ostrych chorób zakaźnych drogą szczepień ochronnych". Dr. H. Brokman. (Warszawa). Koreferat: Prof. W. Szenajch (Warszawa). Dyskusja. g. 20 m. 15. Przedstawienie w Teatrze Wielkim.

Poniedziałek 25. V. g. 9. II. Referat programowy: „Skaza adenoidalna i przerost migdałków". Prof. Dr. K. Jonscher (Poznań). Koreferat: Doc. Dr. A. Dobrzański (Lwów). Dyskusja. Komunikaty zgłoszone. Dyskusja. g. 15—18. Komunikaty zgłoszone. Dyskusja. g. 21. Raut w Uniwersytecie.

Wtorek 26. V. g. 9. III. Referat programowy. „Współczesny stan nauki pedjatrycznej w Polsce i środki szybkiej naprawy obecnych stosunków". Prof. Dr. M. Michałowicz (Warszawa). Koreferat: „Dalsze stadja walki o szpitale dziecięce". Dr. M. Mogilnicki (Łódź). Dyskusja. Komunikaty zgłoszone. Dyskusja. g. 15—17. Komunikaty zgłoszone. Dyskusja. g. 17—18. Walne Zebranie Polsk. Tow. Pedjatr. z następującym porządkiem dziennym: I. Zmiana statutu. II. Wybór Prezesa. III. Wybór organów Towarzystwa. IV. Redakcja rezolucji Zjazdu. g. 21. Bankiet składkowy w Hotelu George'a.

Środa 27. V. g. 9. Zamknięcie Zjazdu i wykład Prof. Dr. Fr. Gröera: Wrażenia z Ameryki. g. 11. Wycieczki (W projekcie). Do Zagłębia Naftowego i Truskawca. Do Jaremcza i Worochty. Do Kałusza i Stebnika. Dla Pań towarzyszących uczestnikom Zjazdu urządza Komitet Pań szereg imprez, między innemi zwiedzanie miasta, jego zabytków oraz okolic miasta.

W okresie przygotowawczym Biuro Organizacyjne Zjazdu czynne jest w Klinice dziecięcej (ul. Głowińskiego 5). Tam należy adresować wszelką korespondencję, w czasie Zjazdu zaś, który odbywać się będzie w nowym gmachu Uniwersytetu (ul. Marszałkowska 1). Biuro Organizacyjne czynne będzie w gmachu Uniwersytetu, a sekcja kwaterunkowa na Głównym Dworcu.

Zgłoszenia uczestnictwa w Zjeździe należy nadsyłać wraz z uiszczeniem wkładki zjadowej czekiem P. K. O. konto 154—655 do dnia 15-go kwietnia 1931. Wysokość wkładki zjazdowej wynosi zł 25, dla towarzyszących zł 10. Słuchacze medycyny płacą zł 5.

Zgłoszenia komunikatów z krótkiem ich streszczeniem należy nadsyłać pod adresem biura do dnia 1 kwietnia 1931. Zwraca się przytem uwagę, że komunikat zgłoszony powinien zawierać choćby najmniejszy, nowy przyczynek do nauki pedjatrycznej, nie może zaś mieć charakteru referatu zbiorowego lub sprawozdawczego, ponadto uprasza się wedle możności o unikanie cytowania piśmiennictwa. Czas trwania referatów programowych ustala się na minut 40, koreferatów na minut 30, komunikatów zgłoszonych na minut 15.

Rozmiary artykułów do Pamiętnika Zjazdowego ogranicza się dla referatów i koreferatów programowych do stronic 6-ciu, dla komunikatów zgłoszonych do stronic 4-ch, dla przemówień i dyskusji do pół stronicy. Termin nadsyłania rękopisów zamyka się z dniem 1-go września 1931. Rękopisy, które wpłyną po oznaczonym terminie, będą drukowane tylko w miarę możności. Za Komitet organizacyjny: Doc. Dr. *St. Progulski*. Sekretarz Komitetu.

Jako stały współpracownik od szeregu lat czasopisma Mitteilungen zur Geschichte der Medizin u. Naturwissenschaften i redaktor referatów z polskich prac z zakresu historji medycyny i nauk przyrodniczych uprasza podpisany P. T. autorów o łaskawe nadsyłanie odbitek swych publikacyj pod adresem: Dr. *Józef Fritz*, Lwów, ul. Łyczakowska 29.

N o w e S a n a t o r j u m K a s y c h o r y c h w e L w o w i e. W dniu 14 b. m. poświęcono i otwarto we Lwowie nowe Sanatorjum Kasy chorych m. Lwowa przeznaczone dla chorych gruźliczych. Nowy ten zakład leczniczy wybudowany kosztem około 6 miljonów złotych według ostatnich wymogów nauki i higjeny jest położony na południowem zboczu góry zamkowej, na wysokości 350 m. nad poziomem morza i sięga swem najwyższem piatrem do wysokości 45 m. nad poziomem ul. Kurkowej. Zakład składa się z 4 zabudowań, a to głównego budynku o 5 kondygnacjach, a nadto magazynu i dwóch dwupiętrowych budynków przy wejściu, z których jeden ma służyć na cele administracyjne, a drugi na przychodnię przeciwgruźliczą. Właściwe Sanatorjum obliczone jest na 200 łóżek dla chorych o wszelkich formach gruźlicy, z których każda będzie odosobniona na oddzielnem piętrze. Wyposażenie zakładu odpowiada najwyższym wymogom, dorównując najlepszym instytucjom europejskim tego typu.

Poznań.

III. Z e b r a n i e W y d z i a ł u L e k a r s k i e g o T. P. N. odbyło się wspólnie z T o w. I n t e r n i s t ó w K o ł o P o z n a ń w piątek dnia 6 lutego 1931 r. o godz. 20,15 w sali wykładowej Kliniki Dermatologicznej U. P. (Szpital Miejski, ul. Szkolna), z następującym porządkiem obrad: 1. Komunikaty Zarządów. 2. Pokazy. 3. Dr. S. Motylewski: Spostrzeżenia nad przebiegiem odmy piersiowej samorodnej. 4. Prof. I. Hoffman: O patogenezie żółtaczki.

Z kraju.

O r g a n i z a c j a P o r a d n i P r z e d ś l u b n y c h w P o l s c e. Wielki ruch w dziedzinie reform eugenicznych w krajach zachodu Europy i Ameryki zmusza Polskie Towarzystwo Eugeniczne do zebrania głosu. Reforma pomocy dla nowożeńców we Francji, zmiany w systemie opodatkowania zależne od stanu rodzinnego w Jugosławji, zarządzenia Mussoliniego we Włoszech, zarządzenia Ministerstwa Opieki Społecznej i Zdrowia w Prusiech, wielkie prawodawcze zarządzenia co do badań przedślubnych w Stanach Zjednoczonych, Anglji, Szwecji (1915 r.), Norwegji (1918 r.), Danji (1922 r.), a nawet w Turcji (1921 r.) przedewszystkiem zaś potężny ruch społeczny w Niemczech i radykalne posunięcia Moskwy oto olbrzymi krąg, który życie zakreśliło w tej dziedzinie. W Polsce w dwu sejmach poruszany projekt „o zwalczaniu i szerzeniu się chorób wenerycznych" utknął w drugiem czytaniu i dotąd w życie wprowadzony nie został. Sympatyczny odzew czołowych kierowników duchowieństwa katolickiego na przeprowadzoną przez rząd w roku 1919 i 1920 ankietę co do pouczeń przedślubnych budził nadzieję, że sprawa na naszym gruncie będzie się mogła urzeczywistnieć. Już bowiem w roku 1912 kościół Ormiański w Persji zarządził przedślubne badania dla kandydatów do związków małżeńskich i sprzeciwu nie napotkał. Tymczasem akcja stanęła na martwym punkcie. Wobec tego, jakoteż wobec jednostronnych tendencji tworzenia poradni małżeńskich wzorem macierzyństwa i reformy seksualnej Towarzystwo Eugeniczne wespół z Państwowym Związkiem Kasy chorych m. Warszawy przystępuje do uruchomienia poradni przedślubnych (na Woli i Pradze), które różnić się będą od poradni 1-ej Nowy Świat 1), że będą zupełnie bezpłatne dla członków Kas chorych. W Niemczech obok poradni społecznych, istnieją poradnie państwowe i poradnie Kas chorych Drezno, Berlin, Frankfurt nad Menem, Dortmund, Duisburg Wrocław, Lipsk, Hamburg a obecnie z górą setka Kas chorych powołała do życia poradnie: 1) przedślubne oraz 2) przedślubne i małżeńskie. Mała Holandja stworzyła ich zgórą 30. Polska musi energiczniej rozwinąć akcję w tym kierunku a władze nasze niewątpliwie zrozumieją wielką pracę, rozpoczętą w Towarzystwie Eugenicznem i jego 9-ciu Oddziałach. Plan ogólny przewiduje porady przedślubne dla narzeczonych zgłaszających się najwcześniej na 2 tygodnie przed ślubem dokładne pouczenie obu stron, winny zgłaszać się o ile możności razem. Poradnie na życzenie mogą udzielać krótkich zaświadczeń zdrowia; lecz dla uniknięcia szantażu tylko zgłaszającej się parze. Opisów szczegółowych choroby nie będą one zawierały, lecz tylko 1) zezwolenie całkowite, 2) zezwolenie warunkowe lub 3) zakaz na związek małżeński. Wyjaśnienia uzupełniające ustne na życzenie narzeczonych mogą być udzielane. Osoby, które przed ślubem już żyły ze sobą, bezwzględnie nie znajdą przeszkód ze strony poradni do zawarcia małżeństwa. Tem mniej mogą liczyć ojcowie dzieci nieślubnych aby poradnia dawała im pretekst do zerwania z matką ich dziecka pod pozorem stanu zdrowia. Porady przedślubne nie będą poparte akcją przymusu, lecz podając do wiadomości narzeczonych ich wzajemny stan zdrowia będą miały na celu pouczanie ich co do znaczenia chorób dla nich i ich potomstwa. Nie tylko choroby weneryczne, płciowe, ginekologiczne, lecz również obarczenia dziedziczne, nerwowe, psychiczne i stany narządów wewnętrznych będą uwzględniane. Lekarz poradni będzie dyskretnym i godnym zaufania, przyjacielem i doradcą, a wykorzystanie z jego porad pozostawione będzie woli narzeczonych. Poradnie Polskiego Towarzystwa Eugenicznego będą również udzielały porad małżeńskich, bynajmniej nie cofając się od wskazówek dotyczących zdrowia szczególniej młodych małżonków. Lecz i stan zdrowia chorej i obarczonej licznym potomstwem matki nie będzie pozostawiony bez odpowiedniej pomocy eugenicznej. Uznając za konieczne wyzyskanie wielkiego czynnika rozrodczego narodu polskiego dla rozwoju sił państwa, Towarzystwo Eugeniczne dąży do ułatwienia związków małżeńskich typów dodatnich, a ograniczenie typów chorowitych szczególniej tych, które stają się ciężarem niesamowitym dla Skarbu Państwa i pozostałej pracującej ludności (obłąkani, idjoci, żebracy, zbrodniarze dziedziczni e. t. c.). Nie wysuwając bynajmniej na plan pierwszy i nie będąc zwolennikami ruchu neomaltuzjanistycznego en masse, w przypadkach poszczególnych Towarzystwo Eugeniczne uznaje porady antykoncepcyjne za wskazane o ile potem będą dane lekarskie, spo-

leczne i eugeniczne. Jednakże interes Państwa i Narodu związany z rozwojem ludności. — Towarzystwo Eugeniczne wysuwa jako pierwsze najważniejsze wskazanie.

Posady do objęcia i miejscowości do osiedlania się. *Stanowisko zastępcy naczelnego lekarza i inspektora lekarskiego* ma do obsadzenia Kasa chorych miasta Łodzi. Wymagane najmniej 10 lat praktyki lekarskiej, z tego conajmniej 5 lat praktyki szpitalnej na stanowisku kierowniczem, 3 lata pracy administracyjnej w zakresie lecznictwa społecznego na stanowisku kierowniczem. Płaca miesięczna 1800 zł. Podania z załączonym biegiem życia należy wnosić do Kasy chorych m. Łodzi, na ręce naczelnego lekarza, ul. Wólczańska 225.

Powiatowa Kasa chorych w Pułtusku ma do obsadzenia stanowisko lekarza kasowego w Nasielsku. Posadę może objąć internista i ginekolog, z praktyką nie mniej, niż czteroletnią. Wynagrodzenie miesięczne 500 zł. Zgłoszenia: Serock, Dr. Back, albo Zarząd Pow. Kasy chorych w Pułtusku.

Stanowisko kierownika przychodni sejmikowej w mieście Zawichoście (4000 ludności), z płacą 150 zł i 50% opłat od chorych, jednocześnie posada lekarza miejskiego z płacą 100 zł i lekarza szkolnego z wynagrodzeniem 75 zł miesięcznie. W przychodni, przeznaczonej dla niekorzystających z opieki społecznej, zajęcie 4 godzinne tygodniowo. Podania należy wnosić do Wydziału Powiatowego w Sandomierzu.

Ze świata.

Kursy dokształcające dla lekarzy w Paryżu. Staraniem Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu w Paryżu odbędą się w Szpitalu Cochin, 47, rue du Faubourg-Saint-Jacque (Pavillon Albarran) następujące kursy dokształcające dla lekarzy. 1) O chorobach narządu płciowego męskiego w czasie od 16 do 28 marca br. 2) O chorobach dróg moczowych w czasie od 20 lipca do 8 sierpnia 1931 r. Bliższych wyjaśnień w sprawie tych kursów udzieli Sekretarjat Wydziału lekarskiego Uniwersytetu paryskiego (Guichet nr. 4).

II. Kurs dokształcający dla lekarzy, urządzony staraniem Fundacji Tomarkin w Lokarnie odbędzie się tenże w czasie od 14 do 28 kwietnia 1931. Na kursie tym wykładać będą na tematy zaczerpnięte z zakresu wszystkich prawie dziedzin nauk lekarskich uczeni tej miary, co: E. Abderhalden z Halle, H. Alexander z Agra obok Lugano, K. Bauer z Hamburga, T. Brugsch z Halle, H. Bürgi z Berna, A. Calmette z Paryża, A. Dustin z Brukseli, G. Elkeles z Berlina, H. Guggisberg z Berna, J. Jadassohn z Wrocławia, A. Korányi z Budapesztu, R. Leriche ze Strasburga, C. Levaditi z Paryża, F. Neufeld z Berlina, W. Neumann z Wiednia, Pasteur Vallery-Radot z Paryża, L. M. Pautrier ze Strasburga, C. Pezzi z Medjolanu, E. P. Pick z Wiednia, F. Quervain z Berna, Cl. Regaud z Paryża, Fr. Silberstein z Wiednia, G. Sobernheim z Berna, A. Tschirch z Berna, P. Uhlenhuth z Fryburga, R. Velden z Berlina, W. Weichardt z Wiesbadenu, M. Weinberg z Paryża. Wszelkich bliższych wyjaśnień tyczących się tego kursu należy zasięgnąć pod adresem: Fondation Tomarkin, Secrétariat, Locarno (Suisse) — Case postale 128.

VI Międzynarodowy Kongres Medycyny i Farmacji Wojskowej. Haga 15—20 czerwca 1931 r. Termin VI Międzynarodowego Kongresu Medycyny i Farmacji Wojskowej został ostatecznie ustalony na czas od 15—20 czerwca b. r. włącznie, (a nie jak ogłoszono poprzednio od 1—6 czerwca b. r.). Wpisowe za uczestnictwo w Kongresie zostało ustalone w wysokości 10 florenów holenderskich dla członków, i 5 florenów dla osób towarzyszących. Wpisowe będzie pobierane przez Sekretarjat Kongresu: Inspekcja Wojskowej Służby Zdrowia, Haga (Holandja). Generalny Sekretarjat Kongresu został powierzony p. Jonkheer Sandberg van Boelen. Wpisy są przyjmowane od zaraz w Sekretarjacie: Dyrekcja Służby Zdrowia, Ministerstwo Spraw Wojskowych, Haga — Holandja. (Direction du Service de Santé, Ministère de la Guerre, La Haye, Pays-Bas).

Program Kongresu. Niedziela 14 czerwca, godz. 17. Posiedzenie Komitetu Stałego. Poniedziałek 15 czerwca, godz. 9. Wręczenie odznak dokumentów i t. p., godz. 11. Posiedzenie Szefów delegacji i członków korespodentów. Posiedzenie administracyjne, godz. 14.30. Uroczyste otwarcie Kongresu; następnie uroczysto otwarcie Wystawy Historycznej Służby Zdrowia, godz. 19. Objad dla delegatów wydany przez Rząd holenderski. Wtorek 16 czerwca, godz. 10 i 15. Posiedzenie wszystkich sekcyj. I temat: Uzupełnienie i doskonalenie lekarzy i farmaceutów wojskowych. Ref.: Holandja—Jugosławja. Wybór komisji do opracowania wniosków, godz. 21. Przyjęcie. Środa 17 czerwca, godz. 10 i 15. II temat: Psychoneurozy wojenne; skutki bezpośrednie i odległe wojny na system nerwowy u walczących i niewalczących. Ref.: Francja—Ameryka. IV temat: Wyrób i konserwacja ampułek do zastrzyków leczniczych, używanych przez Służbę Zdrowia wojsk lądowych i marynarki. Ref.: Holandja-Rumunja. Wybór komisji do opracowania wniosków, godz. 17. Herbatka wydana przez Czerwony Krzyż dla Szefów Delegacji. Czwartek 18 czerwca, godz 10 i 15. Temat III: Sposoby tamowania krwotoków na polu walki. Ujednostajnienie materjału pierwszej pomocy i warunków ich zastosowania. Ref.: Holandja—Włochy. Wybór komisji do opracowania wniosków. V temat: Następstwa urazów wojennych zębów i szczęki dolnej; ich leczenie. Ref.: Holandja—Polska, godz. 14. Posiedzenie Komitetu Stałego, godz. 21. Raut wydany dla członków Kongresu przez Rząd holenderski. Piątek 19 czerwca. Wycieczka. Posiedzenie Komitetu Stałego. Głosowanie wniosków i opracowanie porządku dziennego posiedzenia końcowego, godz. 19. Bankiet (wpisowe: 10 florenów). Sobota 20 czerwca, godz. 10. Posiedzenie końcowe. Zebranie ogólne. Strój. Noszenie uniformu nie jest obowiązkowe; na rauty i przyjęcia zaleca się strój wieczorowy i dekoracje. Wycieczki. Program wycieczek dodatkowych, pozwalających zwiedzić Holandję zostanie ogłoszony w najbliższym czasie. Zorganizowanie ich zostało polecone agencji Thos. Cook.

Ulgi na kolejach. Dotychczas następujące państwa przyznały ulgi na kolejach dla członków Kongresu i ich rodzin: Anglja 1/3 część ceny tam i z powrotem, Francja 50%, Włochy 50%, Szwajcarja 25%, Niemcy 25—30%, Polska 25%, Czechosłowacja 33%, Austrja 25%, Węgry 50%, Norwegja 25%, Danja 30%, Rumunja 50%, Turcja 30%, Hiszpanja 35—40%, Portugalja 75%, ale tylko dla portugalczyków, Grecja 50%. Prócz tego niektóre towarzystwa komunikacji powietrznej i transoceanicznej przyznały następujące zniżki: S. A. B. E. N. A. 50%, Koninklijke Luchtvaart Maatschappij voor Nederland en Kolonie. N. V. 10% biletu zwykłego, 19% tam i z powrotem. N. V. Stoomvaart-Maatschappij „Nederland" Amsterdam. N. V. Rotterdam Lloyd, Rotterdam 10% tam i z powrotem, 15% z powrotem dla tych członków Kongresu, którzy będą korzystać ze statków z portów położonych poza Port-Said. Ażeby ułatwić w praktyce uzyskanie wspomnianych ulg, jak również związane z tem załatwienie wszelkich formalności, Komitet Stały Międzynarodowych Kongresów Medycyny i Farmacji Wojskowej polecił Agencji Thos. Cook wydawać bilety ze zniżką. Dla otrzymania tych ulg członkowie Kongresu są proszeni o zwracanie się bezpośrednio do Biura Agencji Thos. Cook, znajdującej się najbliżej ich miejsca zamieszkania. Ta sama Agencja może zająć się ulokowaniem członków Kongresu, którzy na to wyrażą swą zgodę. Wykaz hoteli z oznaczeniem cen będzie opublikowany niezwłocznie.

W celu ułatwienia wyjazdu polskim członkom Kongresu, Polski Komitet Propagandy pod przewodnictwem Generała Kołłątaj-Srzednickiego postanowił zorganizować zapisy uczestników zbiorowo; spodziewane jest uzyskanie ulgowych paszportów dla członków Kongresu i osób towarzyszących (żony, córki), uzyskanie specjalnego wozu kolejowego na linji Warszawa-Haga i t. p. W Konkresie mają prawo uczestniczyć oficerowie służby zdrowia (lekarze, farmaceuci, dentyści) zawodowi i rezerwowi. W sprawie zapisu oficerowie rezerwy winni się zwracać do Sekretarjatu Naczelnej Izby Lekarskiej, Podwale 18 do Dr. Pietrasiewicza, a oficerowie zawodowi do Departamentu Zdrowia M. S. Wojsk. do Ppłk. Jabłonowskiego. Ze względu na ograniczoną liczbę miejsc i formalności związane z uzyskaniem ulg paszportowych, zgłoszenia należy składać najpóźniej do dnia 1 marca b. r. Równocześnie z Kongresem odbędzie się Wystawa Historyczna, w której będzie reprezentowaną i Polska. W ostatniej chwili Agencja Thos. Cook zakomunikowała nam, że przypuszczalne koszta podróży do Hagi tam i z powrotem w klasie 2-ej łącznie z kosztami opłacenia hotelu i wyżywieniem za cały czas trwania Kongresu będą wynosić od 1000 do 1200 zł. Wartość jednego florena holenderskiego wynosi około 3 zł 60 gr.

Sprostowanie omyłki druku.

W Nr. 2 Pol. Gaz. Lek. z 1931 r. w sprawozdaniu z posiedzenia Krakowskiego Tow. Lekarskiego zaszedł wskutek mylnego rękopisu następujący błąd druku, pozbawiający sensu podane rozpoznanie w demonstracji kol. Bincera z Kliniki Lekarskiej U. J.: na str. 36 szpalta 1, wiersz 38 z góry: zamiast „cum stenosi myocardii" ma być „cum steatosi myocardii".